



---

# Universidad de Valladolid

---

Facultad de Educación y Trabajo Social

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

Propuesta de intervención psicopedagógica en Deterioro  
Cognitivo Leve basada en el modelo biopsicosocial

**M<sup>a</sup> del Carmen García Hernández**

Tutelado por: Dr. Javier Catalina Sancho

**Curso: 2019-2020**



## RESUMEN

El objetivo principal de este Trabajo Fin de Máster consiste en diseñar una intervención psicopedagógica que aborde de manera integral las dificultades a las que se enfrentan las personas con Deterioro Cognitivo Leve y sus familias. Partiendo desde la perspectiva del modelo biopsicosocial y contando con un equipo multidisciplinar, se trata de atender todas las áreas de la vida de la persona que se ven afectadas por esta patología, con el fin último de mejorar su calidad de vida. Para ello, se emplean distintas estrategias de intervención como la estimulación cognitiva individual, el entrenamiento cognitivo a través de talleres grupales y la atención y formación de las familias. Para diseñar las sesiones se han combinado actividades convencionales de lápiz y papel con recursos digitales, juegos y talleres temáticos.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo leve, intervención psicopedagógica, familias, calidad de vida, autonomía.

## ABSTRAC

The main target of this final work for the Master consists on the design of a psychopedagogical intervention that comprehensively addresses the difficulties faced by people with Mild Cognitive Impairment and their families. Starting from the biopsychosocial model perspective and with a multidisciplinary team, the objective is to attend all areas of person's life that are affected by this pathology, with the ultimate aim of improving their quality of life. For it, different intervention strategies are used, such as individual cognitive stimulation, cognitive training in workshops groups and the attention and formation of families. To design the sessions, conventional pencil and paper activities have been combined with digital resources, games and thematic workshops.

**Key words:** Mild Cognitive Impairment, psychopedagogical intervention, families, quality of life, autonomy.



<b>4.5. Temporalización</b>	Pág. 54
4.5.1. Fases de la intervención	
<b>4.6. Actividades</b>	Pág. 60
4.6.1. Sesiones individuales de entrenamiento cognitivo	Pág. 60
4.6.2. Talleres grupales de estimulación cognitiva	Pág. 88
4.6.3. Talleres para familias	Pág. 103
<b>4.7. Evaluación</b>	Pág. 111
<b>5. CONCLUSIONES</b>	Pág. 116
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	Pág. 121

## **ANEXOS**

Anexo 1. Resumen de pruebas de screening más usadas

Anexo 2. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1975)

Anexo 3. Resumen de los dominios cognitivos del DSM-5.

Anexo 4. Tabla-resumen con test específicos de evaluación cognitiva

Anexo 5. Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin

Anexo 6. Test de Stroop

Anexo 7. Escala de Lawton y Brody

Anexo 8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Anexo 9. Cuestionario WHOQOL-BREF

Anexo 10. Recetas de cocina taller “Con las manos en la masa”

Anexo 11. Ficha “Pirámide de la Alimentación Saludable” para el taller nº6 de familias

Anexo 12. Test de Zarit



# **1. Introducción**

## **1.1. Justificación**

El presente trabajo se centra en la necesidad de atender a aquellas personas mayores que se encuentran en el inicio de una patología que, en múltiples ocasiones, no recibe la atención ni el tratamiento adecuado como es el caso del Deterioro Cognitivo Leve (DCL en adelante).

La complejidad para llevar a cabo de forma certera el diagnóstico del DCL, la falta de conciencia del problema del propio paciente y su familia, junto con los escasos recursos sanitarios para hacer frente a esta patología que se encuentra a medio camino entre el envejecimiento normal y la demencia, hacen que la atención a esta problemática sea deficitaria.

La progresión del DCL se relaciona de manera directa con la Enfermedad de Alzheimer, por lo que la detección e intervención temprana retrasarían la sintomatología más severa. En nuestro país, la Sociedad Española de Neurología (2019) estima que el 15% de personas mayores de 65 años tienen DCL, en muchos casos sin diagnosticar. Estas cifras y la asociación entre DCL y Alzheimer, unidas al aumento de la esperanza de vida y por tanto de las personas mayores en nuestra sociedad, incrementarán de manera significativa los costes sociosanitarios necesarios para atender a las personas que, debido a no recibir el tratamiento en una etapa temprana de la enfermedad, se convertirán en personas totalmente dependientes en un corto periodo de tiempo.

Cabe destacar que en la actualidad no hay un tratamiento farmacológico eficaz a largo plazo para el DCL, por lo que se proponen los programas de intervención cognitivos como principal recurso (González et al., 2012). Sin embargo, las metodologías empleadas son muy diversas, sin un consenso claro ni datos que avalen qué técnicas son más eficaces o cuál es la terapia no farmacológica más adecuada para cada caso.

Es evidente, por tanto, la necesidad que existe en este ámbito de seguir creando programas que trabajen desde un punto de vista de la prevención y ralentización del deterioro cognitivo, así como incrementar la oferta de recursos específicos y trabajar de manera directa con las familias para dar una respuesta global.

Respecto al papel del psicopedagogo, el trabajo con personas mayores es uno de los campos en los que puede tener un mayor valor actualmente, debido al incremento de la esperanza de vida y de la longevidad de nuestros mayores, así como al nuevo enfoque de atención integral y multidisciplinar que se trata de ofrecer desde distintos ámbitos.

La psicopedagogía con frecuencia se asocia al ámbito formal o académico exclusivamente, pero en los últimos años se destaca su papel para trabajar con colectivos de todas las edades y en situaciones muy diversas dentro del ámbito de la educación no formal, como puede ser el trabajo en residencias de mayores, el apoyo a los refugiados desde distintas entidades, asociaciones dedicadas a patologías concretas u organizaciones de ayuda a la infancia, entre otros muchos.

Hasta ahora, las intervenciones en Gerontología se realizaban desde un punto de vista más médico, atendiendo a la esfera biológica y por tanto a los problemas en su salud física, sin prestar atención a los problemas psicológicos, sociales y emocionales a los que se enfrentan las personas mayores como consecuencia directa e indirecta del proceso de envejecimiento.

A los especialistas de neurología, enfermería y psiquiatría que tradicionalmente trabajan con esta población se han ido sumando progresivamente las figuras del psicólogo, del trabajador social y del logopeda, entre otros, con el fin de dar una respuesta más global y atender a todas las necesidades del colectivo.

La psicopedagogía por su parte se está ganando su espacio en este terreno, sobre todo a la hora de elaborar y diseñar programas de intervención para las personas mayores, pues es una función específica de estos profesionales, como hemos visto a lo largo del curso del Máster de Psicopedagogía.

Concretamente, este Trabajo Fin de Máster se centra en las personas mayores con Deterioro Cognitivo Leve y en el diseño de una intervención global centrada en un programa de estimulación cognitiva y talleres de entrenamiento cognitivo, cuyo objetivo es el de mejorar la autonomía y calidad de vida de los sujetos, estimulando las capacidades preservadas y entrenando aquellas que se van deteriorando debido a la patología. En el mismo programa se incluye la necesidad de trabajar de manera directa con las familias para complementar en el hogar el trabajo realizado por los profesionales, así como para ofrecerles recursos y herramientas adecuadas para hacer

frente a la problemática actual y su posible progresión. Todo ello desde una perspectiva biopsicosocial, atendiendo a todos los factores que influyen en la vida del individuo y otorgándole a este un papel activo en el proceso de intervención.

La idea de este trabajo surge a raíz de la sospecha de un caso de DCL o fase inicial de Alzheimer en mi entorno familiar que, tras acudir a un centro de salud para confirmar o descartar tal idea, recibe la única solución de un tratamiento farmacológico (no específico para dicha patología) sin un diagnóstico concreto. Debido a mi formación previa como psicóloga, sé que eso no es suficiente y no es lo más adecuado para este tipo de casos. Para tratar de ayudar a mi entorno empiezo a trabajar de manera directa sobre los déficits detectados, acudiendo a recursos web, elaborando materiales y utilizando todo aquello que tengo a mi alcance.

Al hacer frente a esta situación, me di cuenta de la escasez de información que hay en la población general a cerca de este trastorno, así como el desconocimiento sobre la importancia de iniciar un tratamiento lo antes posible y la escasez de recursos a nivel sanitario para dar respuesta a los pacientes que acuden con este tipo de quejas. Por ello, en este trabajo se trata de abordar todos los aspectos que pueden resultar de utilidad para una persona con DCL y su familia, así como para otros profesionales que compartan la idea de que la mejor intervención es aquella que trata de abarcar todas las áreas de la vida del sujeto para mejorar su calidad de vida y de quienes le rodean.

En cuanto a la estructura del trabajo, tras la exposición de las competencias y los objetivos propios del TFM, se desarrolla el marco teórico en el cual se basa la intervención. En la fundamentación teórica se incluyen contenidos relativos a los conceptos de envejecimiento, con datos actualizados sobre la situación en nuestro país y a nivel global, definiciones de conceptos importantes como envejecimiento patológico y envejecimiento activo, para después continuar con la teoría relativa al DCL, sus características, clasificación diagnóstica, proceso de evaluación y principales dominios cognitivos afectados. Posteriormente se describen los distintos tipos de intervención que pueden llevarse para los trastornos neurodegenerativos como el DCL y, de forma concreta, explico el concepto de reserva cognitiva y el modelo biopsicosocial en los cuales se basa la propuesta de intervención.

En la cuarta sección se presenta la propuesta de intervención debidamente justificada, con los objetivos y la metodología concreta. También se detallan las distintas

actividades diseñadas para dar respuesta a esos objetivos, divididas en tres bloques (sesiones individuales, talleres grupales y talleres para familias), finalizando con lo que sería el proceso de evaluación de la intervención si esta se llevara a cabo. La última parte del documento consta de una serie de conclusiones y propuestas de mejora, además de una reflexión personal.

## **1.2. Competencias del Máster de Psicopedagogía**

En relación con las competencias del Máster Universitario de Psicopedagogía, el presente trabajo parte de la importancia del diseño de una intervención psicopedagógica en contextos no formales, dando respuesta a una necesidad real y específica, fomentando el trabajo coordinado entre profesionales de distintas especialidades y atendiendo al sujeto de manera global y dinámica, partiendo de sus características individuales, sus habilidades, entorno social, necesidades concretas e intereses. En este sentido, las competencias generales que tratan de desarrollarse en el presente trabajo son las siguientes:

*G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.*

Todas las propuestas de intervención han de exponerse, si se llevan a cabo, ante un equipo profesional que será el encargado de contribuir a la implantación del diseño así como a los destinatarios de la misma. En este caso, la presentación y defensa se hace ante un tribunal profesional de distintos ámbitos, por lo que se daría respuesta a esta competencia.

*G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.*

El desarrollo de esta competencia en el presente trabajo queda reflejado en las limitaciones claras que se especifican a lo largo de todo el proceso de intervención sobre las funciones de los distintos profesionales implicados, cumpliendo así aspectos fundamentales del código deontológico.

*G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.*

La intervención ha sido diseñada en parte utilizando metodologías y recursos digitales, incluyendo programas de creación de actividades y material ya disponible en otras plataformas. Para la fundamentación teórica se han empleado fundamentalmente las nuevas tecnologías debido a las limitaciones para obtener material convencional (libros, manuales, etc.) durante este periodo, por lo que la competencia queda totalmente desarrollada en este trabajo.

*G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.*

La formación continua es fundamental en todos los ámbitos pero en este caso concreto es especialmente necesaria la actualización constante debido a las intervenciones novedosas que se están implementando y a las nuevas evidencias científicas que vamos obteniendo a cerca del Deterioro Cognitivo Leve. De igual modo, al tratarse de una patología heterogénea y sin un tratamiento específico, la formación por parte de los profesionales en este campo será necesaria para adecuar la respuesta de intervención a las necesidades concretas de los individuos.

Respecto a las competencias específicas, se recogen:

*E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.*

La intervención diseñada trata de dar respuesta a las necesidades de los pacientes con DCL y sus familias orientando y asesorando durante el proceso, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

*E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.*

El presente trabajo cuenta con el diseño de actividades concretas destinadas a cumplir objetivos específicos del colectivo y la correspondiente evaluación del proceso de intervención.

*E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.*

La estructura y planificación de la intervención trata en todo momento de ajustarse a la realidad que podemos encontrar en un contexto de intervención real.

*E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.*

En todo momento se recalca la necesidad de contar con un equipo multidisciplinar que trabaje de forma coordinada, así como la necesidad de colaboración entre los sujetos, la entidad y las familias para trabajar en base a un objetivo y metodología común.

*E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.*

Al tratarse de una patología de carácter progresivo, la adaptación de las actuaciones ha de ser constante durante todo el proceso.

*E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.*

Se aborda esta competencia de forma que, al finalizar la propuesta de intervención, se plantean posibles mejoras a la misma, además de críticas o limitaciones basadas en el proceso de investigación y de desarrollo del presente trabajo.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

El principal objetivo de este Trabajo Fin de Máster es el diseño de una propuesta de intervención dirigida a personas mayores con Deterioro Cognitivo Leve basada en los principios del modelo biopsicosocial, con la aplicación de diferentes metodologías y

recursos, tratando de dar una respuesta integral a las dificultades que pueden presentar estos pacientes y sus familias.

Todo ello dentro del ámbito profesional de la psicopedagogía, con el objetivo implícito de conocer más a fondo el papel de los psicopedagogos en el trabajo directo con la tercera edad, las técnicas y metodologías más adecuadas para desarrollar intervenciones acordes a esta población, así como las dificultades y/o limitaciones que podemos encontrarnos en la práctica real.

## **2.2. Objetivos específicos**

En relación al objetivo general planteado previamente, podemos establecer una serie de objetivos específicos para este Trabajo Fin de Máster, relacionados a su vez con las competencias presentadas anteriormente en el documento:

- a) Realizar una revisión bibliográfica actual para tener una comprensión profunda del concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL).
- b) Ampliar los conocimientos sobre el papel de la psicopedagogía en el ámbito de la Gerontología, así como sus limitaciones y posibilidades de desarrollo futuras.
- c) Diseñar una intervención integral que dé respuesta a las necesidades identificadas de los pacientes con DCL y sus familias a través de distintas metodologías (entrenamiento y estimulación cognitiva, talleres grupales, Psicoeducación,...).
- d) Adaptar recursos educativos y TIC para su implementación en el ámbito de la Gerontología, concretamente para pacientes con DCL.
- e) Plantear una propuesta de forma general que al mismo tiempo pueda adaptarse y atender las necesidades individuales de cada persona, basándonos en el modelo biopsicosocial.

- f) Valorar y profundizar en la necesidad de realizar intervenciones tempranas en DCL para retrasar la progresión del deterioro y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### **3. Fundamentación teórica**

#### **3.1. Envejecimiento**

##### **3.1.1. Concepto, situación actual, características**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) (en adelante OMS), el envejecimiento es, desde una perspectiva biologicista, la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, cuya consecuencia es un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales del individuo, así como a un aumento del riesgo de padecer distintas enfermedades y que tiene como resultado final la muerte.

La etapa de la vejez, según la OMS (2018), comienza a partir de los 60 años en los países desarrollados, aunque esta es una cuestión que viene determinado principalmente por la sociedad. En cada país se habla de diferentes franjas de edad, desde los 55 hasta los 75 años como punto de inicio de esta etapa de la vida. En España, tradicionalmente se utiliza el límite de los 65 años para marcar el inicio de la vejez, puesto que coincide con la jubilación. El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) denomina personas mayores a todas aquellas que estén en la franja de 65 años en adelante (Pérez, et al., 2020). Sin embargo, esto es algo que a día de hoy se cuestiona y debate debido al aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas y a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Actualmente, y de acuerdo con los datos recogidos por la OMS (2018), la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida de 60 años o superior. Esta esperanza de vida se va incrementando con el paso del tiempo, gracias principalmente a los avances tecnológicos y médicos, así como al cambio en los hábitos de la población y el desarrollo socioeconómico, por lo que en las últimas décadas es el grupo de población que más crecimiento ha sufrido. Se calcula que en 2050 habrá hasta 2000 millones de

personas mayores de 60 años (OMS, 2018), llegando a representar a un 30% de la población a nivel nacional.

En España, los últimos datos recogidos en enero de 2019 por el Instituto Nacional de Estadística, indican que la población de más de 65 años representa el 19,3% de la población total, alcanzando la cifra de 9.057.193 personas en este grupo de edad (Pérez, et al., 2020). Este porcentaje se incrementa de forma progresiva y constante desde hace décadas. En 1980 en nuestro país 1 de cada 10 habitantes tenía más de 65 años, pero actualmente llegamos casi a 1 de cada 5. La media de edad nacional ha subido hasta los 43 años y la esperanza de vida media se establece en los 83,1 años, siendo España el tercer país con mayor longevidad, por detrás tan solo de Suiza y Japón (Pérez, et al., 2020).

Se puede definir de forma resumida el concepto de envejecimiento como la suma de los cambios que sufre el organismo a lo largo de la vida, que tienen como resultado el progresivo deterioro funcional del individuo (Alvarado y Salazar, 2014). Estos cambios no solo se refieren a los cambios biológicos, sino también a los que ocurren a nivel social. La jubilación llega generalmente al inicio de este nuevo periodo vital, lo que conlleva un gran cambio en la vida diaria del individuo, así como una serie de consecuencias psicológicas y emocionales (crisis de identidad, mayor tiempo libre, etc.). A este brusco cambio también hay que sumarle la pérdida de seres queridos y amigos que ocurre durante la vejez, disminuyendo así las redes de apoyo social (Martín, 2009). Las consecuencias de todos estos cambios serán diferentes en cada individuo y dependerán de variables personales, sociales y biológicas.

Aunque podemos describir una serie de características comunes asociadas al proceso de envejecimiento, existe gran heterogeneidad entre la población que constituye este grupo de edad. El deterioro físico, cognitivo y social será diferente en cada individuo y en él influyen múltiples factores que debemos tener en cuenta. No solo la herencia genética tiene un papel fundamental, también son influyentes el contexto social e histórico en el que se desarrolla el individuo, factores cognitivos y de personalidad (adicciones, discapacidad,...) y otros factores que podemos denominar personales en los que incluiremos el nivel educativo, el entorno socio-familiar, la actividad física, las redes de apoyo con las que cuenta la persona y el nivel socioeconómico (Sales et al., 2016; Sales, 2016).

En este mismo sentido, es posible afirmar que el envejecimiento biológico no está directamente ligado a la edad cronológica (Iborra, 2013), ya que podemos encontrar a dos individuos de 75 años con perfiles clínicos muy diversos, con gran afectación cognitiva o con sus funciones totalmente intactas. Es cierto que a mayor edad, la probabilidad de sufrir algún tipo de deterioro tanto físico como cognitivo, aumenta, y es por esto por lo que se considera el principal factor de riesgo. Sin embargo, la edad es solo un factor más que está asociado al deterioro, pero no es la causa del mismo.

Los investigadores consideran que las diferencias en el proceso de envejecimiento están determinadas no solo por la edad del sujeto, sino también por el nivel educativo, ya que a menor nivel el deterioro será más pronunciado, y por el estilo de vida; la falta de actividad física, los malos hábitos alimenticios y de adicciones así como el estrés, jugarán un papel determinante en cómo será nuestra vejez, aumentando de forma considerable la probabilidad de sufrir algún tipo de deterioro cognitivo o enfermedad neurodegenerativa (González, 2012).

Los cambios que se producen en el cerebro durante la vejez son sutiles y difieren en gran medida entre los distintos individuos. Sin embargo, es común que se produzca una disminución en la velocidad de procesamiento, en el control inhibitorio y el resto de funciones ejecutivas, la atención dividida, el razonamiento abstracto y en la memoria, concretamente en la memoria reciente o inmediata (González, 2012; Papalia y Martorell, 2017; Oltra-Cucarella, 2018). La pérdida de velocidad en el procesamiento, que a su vez interfiere en el normal funcionamiento de otros dominios cognitivos, se produce principalmente porque en la adultez tardía comienza a disminuir de forma gradual el volumen del cerebro a la par que la capa de mielina adelgaza, lo cual influye en las conexiones sinápticas y la transmisión de impulsos nerviosos.

En este mismo sentido, hay otras capacidades que se mantienen estables a pesar del envejecimiento y que incluso pueden llegar a incrementarse si se ejercitan adecuadamente. Esto ocurriría con las habilidades manuales (aprendizaje instrumental) como cocinar o conducir, con el conocimiento verbal y las habilidades numéricas (Oltra-Cucarella, 2018). Gracias a las habilidades y áreas cognitivas preservadas, las personas mayores pueden utilizar estrategias compensatorias para realizar las tareas que, debido al declive de otras funciones, les resultan más complejas. El deterioro producido

por el envejecimiento es progresivo, heterogéneo y dinámico (Caballero, 2010), por lo que no podemos detenerlo, pero sí ralentizarlo.

### **3.1.2. Envejecimiento patológico**

El concepto de envejecimiento patológico, de acuerdo con el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011) (en adelante IMSERSO), hace referencia al envejecimiento secundario; es decir, aquel que va ligado a la enfermedad. Los cambios que se producen en el envejecimiento patológico están causados por malos hábitos (tabaquismo, falta de actividad física, mala alimentación, etc) y por enfermedades, en muchos casos degenerativas. El envejecimiento primario, por su parte, sería el envejecimiento normal que hemos definido previamente.

Para diferenciar entre envejecimiento patológico y envejecimiento normal podemos hablar de senescencia y senilidad. Se tiende a confundir de manera frecuente ambos conceptos, pero la senescencia hace referencia al proceso de envejecimiento mental normal y la senilidad sin embargo es el equivalente al envejecimiento patológico, cuya definición puede resumirse en el envejecimiento que excede la involución propia de la edad y que conlleva un deterioro cognitivo y físico (Montero et al., 2018).

Las enfermedades más frecuentes en las personas mayores son las alteraciones relacionadas con los órganos sensoriales (cataratas, sordera, etc), la diabetes, artritis, hipertensión arterial, la depresión y la demencia (OMS, 2018).

Existen una serie de factores de riesgo que hacen más probable la aparición de algún tipo de patología durante la vejez alterando el normal funcionamiento del individuo. En primer lugar, a mayor edad, más probabilidad de padecer algún tipo de patología (Sales et al., 2016). Además, el sexo femenino es el que más se asocia con diversas patologías, lo cual se debe a que son las mujeres quienes tienen una mayor esperanza de vida en la actualidad.

Por otro lado, un estilo de vida sedentario, los malos hábitos alimenticios, el consumo de alcohol y el tabaquismo son los factores más frecuentemente asociados con la presencia de enfermedades de diversas etiologías (Olivera-Pueyo y Pelegrín-Valero, 2015). Sin embargo, como veíamos en el apartado anterior, el proceso de

envejecimiento vendrá determinado también por otros aspectos que suelen escaparse a nuestro control, como el entorno de desarrollo durante la infancia, el nivel educativo y el contexto social con el que se relaciona el individuo (Sales et al., 2016).

Una de las patologías más asociadas a la vejez y que se está incrementando de forma considerable debido a la longevidad de nuestros mayores es la demencia. La demencia puede definirse como un síndrome neurodegenerativo caracterizado por una serie de signos y síntomas que afectan a las capacidades cognitivas, emocionales, comportamentales, sociales y funcionales del individuo (Oltra-Cucarella, 2018; OMS, 2019). La demencia no es una enfermedad independiente, sino que su aparición se debe a la presencia de otra enfermedad de afectación cerebral (Enfermedad de Alzheimer, por ejemplo) o a lesiones y daños cerebrales adquiridos, como un accidente cerebrovascular. Existen distintos tipos de demencias, así como gran variedad en la sintomatología, ya que no solo varía la etiología de la misma sino también las áreas cerebrales afectadas, en función de las cuales se manifestarán unos síntomas u otros.

La clasificación de las demencias es compleja y entrar a profundizar en esta cuestión no es el objetivo del presente trabajo. Por ello, la diferenciación más importante que debemos tener en cuenta en este trabajo es la que distingue entre demencias progresivas y demencias reversibles. En el primer caso, las demencias que progresan son aquellas ligadas a enfermedades neurodegenerativas y, por el momento, son demencias no reversibles, lo cual quiere decir que el deterioro provocado es permanente y lo único que podemos plantear son tratamientos e intervenciones en función de la sintomatología y el perfil clínico del individuo. Cuando hablamos de demencias reversibles nos estamos refiriendo a aquellas que son causadas principalmente por infecciones, efectos secundarios de los medicamentos o déficits nutricionales. Si tratamos la causa primaria, en estos casos la demencia desaparecerá (Mayo Clinic, 2019).

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común en las personas mayores de acuerdo con la OMS y sus datos de 2019, el National Institute on Aging (2020) y la Alzheimer's Association (2018), entre otros. Se trata, por tanto, de la principal demencia neurodegenerativa. Actualmente hay más de 46 millones de personas en el mundo con esta enfermedad, caracterizada por un profundo y progresivo deterioro de la memoria y un declive funcional (Oviedo et al., 2016).

Siguiendo con estos mismos autores, el principal factor de riesgo es la edad, aunque la etiología aún es desconocida, al igual que su tratamiento. El inicio de la EA es difícil de distinguir, ya que las quejas subjetivas de pérdida de memoria son algo habitual en las personas mayores y, aunque existen cambios estructurales en el cerebro de las personas con EA (Oltra-Cucarella, 2018), estas son comunes a otros tipos de demencia, por lo que el diagnóstico de Alzheimer sólo puede confirmarse post mortem (Oviedo et al., 2016).

Los factores de riesgo que se relacionan con la EA son un bajo nivel educativo, sufrir algún tipo de enfermedad vascular, hipertensión arterial, el consumo de grandes cantidades de alcohol, la diabetes y el sobrepeso. Sin embargo, como venimos destacando de forma reiterada, es la edad el principal factor de riesgo para la EA, al igual que ocurre con todos los tipos de demencia (Oviedo et al., 2016).

Debido al crecimiento de la población mayor de 60 años en las últimas décadas, las enfermedades crónicas y degenerativas han ido incrementándose de forma que la utilización de los servicios sanitarios por parte de los mayores está resultando ser un gran coste para la sociedad actual. Esta es una de las principales razones por las que las investigaciones recientes se centran en la detección temprana de las enfermedades neurodegenerativas, ya que cuanto antes se inicie el tratamiento, más tiempo se retrasará el inicio de la sintomatología más grave e incapacitante, lo que supondrá una reducción del gasto sanitario (IMSERSO, 2011).

### **3.1.3. Envejecimiento activo**

En contraposición al concepto de envejecimiento patológico, lo que debemos promover a través de las intervenciones con mayores es el envejecimiento activo. La OMS propuso en 1999 la utilización del término envejecimiento activo para referirse al “proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p.79). Este concepto se fundamenta en tres pilares básicos para su consecución: Participación, Salud y Seguridad (Limón y Ortega, 2011).

Cuando hablamos de envejecimiento activo es necesario hacer hincapié en la inclusión y participación de las personas mayores en la sociedad a nivel político, económico,

cultural y social. A veces se entiende el envejecimiento activo en relación exclusivamente con la actividad física, lo que supone tener una visión muy limitada del concepto y, en consecuencia, de las intervenciones que se llevan a cabo con las personas mayores. Sin embargo, se puede ser activo de maneras muy diferentes (Limón y Ortega, 2011). Lo que se pretende conseguir con esta visión más global e integral del concepto es, en definitiva, mejorar la calidad de vida de los individuos, lo que implica tanto el bienestar físico como psicológico, así como el mantenimiento de sus derechos de participación e inclusión en la sociedad (IMSERSO, 2011). El envejecimiento activo se enmarca dentro de una perspectiva biopsicosocial del individuo, que, tal como veremos más adelante, implica que el sujeto es responsable de su desarrollo y por tanto de su proceso de envejecimiento, en el que interactúan factores biológicos, sociales y psicológicos.

El envejecimiento activo, tal y como se recoge en el Libro Blanco de Envejecimiento (IMSERSO, 2011), posibilita que los individuos “se desarrollen plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades (...)” (p.81).

Partiendo de este enfoque, se plantean actualmente numerosas propuestas de intervención con el colectivo de personas mayores que tienen como objetivo principal mejorar su calidad de vida mediante la prevención de disfunciones asociadas a la edad y actuaciones dirigidas a frenar el deterioro ya existente, potenciando así la autonomía de los individuos. Se trata de ofrecer a los mayores información acerca del envejecimiento, favorecer la adquisición de habilidades de afrontamiento y adaptación a la nueva situación vinculada a la vejez (jubilación), potenciar estilos de vida saludables, facilitar la participación social y comunitaria y fomentar el ocio saludable como principales líneas de actuación (García, 2006; Limón y Ortega, 2011).

## **3.2. Deterioro Cognitivo Leve**

### **3.2.1. Concepto, subtipos y criterios diagnósticos**

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) hace referencia a un estado transitorio entre el envejecimiento normal y la demencia en el que el deterioro cognitivo es superior a lo

esperable por cuestiones de edad y nivel educativo, sin llegar a la intensidad de la demencia (Oltra-Cucarella, 2018; Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [SEGG], 2017).

La primera vez que se utilizó el término deterioro cognitivo fue en 1988 por Reisberg y definido posteriormente por Flicker en 1991 (SEGG, 2017). Estos autores consideraban el DCL como una situación de disfunción cognitiva que no alcanza el grado de demencia de la EA. El origen del DCL como entidad independiente lo encontramos en los criterios propuestos por la Clínica Mayo en 1999 (SEGG, 2017), quienes defendían que el DCL se caracterizaba por déficits en la memoria, el pensamiento, el lenguaje y el juicio que son más significativos que los cambios relacionados con el envejecimiento.

Actualmente, la definición del DCL no está clara y existe cierto debate acerca de los límites de este concepto. Podemos encontrar abundante literatura sobre las diferentes concepciones que existen acerca del DCL con criterios significativamente diversos, lo cual dificulta no solo su categorización y clasificación diagnóstica, sino también el proceso de detección y evaluación. Parece que lo único que está claro al respecto de esta patología es que es un estadio intermedio entre el proceso de envejecimiento normal y la demencia, con una fuerte asociación con la Enfermedad de Alzheimer (Oviedo et al., 2016), pero con una gran variedad sintomatológica entre individuos.

Tradicionalmente se ha considerado el DCL como una patología cuya principal afectación se da en la memoria, presentando un déficit en este área superior a lo esperado por cuestiones de edad. Sin embargo, esta creencia ha ido modificándose con el paso de los años y el desarrollo de numerosas investigaciones centradas en el estudio del DCL y sus características.

Los criterios establecidos por Petersen et. al (1999), recogidos en el trabajo de González, Buonanotte y Cáceres (2015), para el diagnóstico del DCL eran inicialmente:

- a) Alteración subjetiva de la memoria. Los individuos manifiestan quejas subjetivas referentes a alteraciones o déficits de memoria.
- b) Alteración objetiva de la memoria, valorada a través de pruebas y test estandarizados. En dichas pruebas se obtiene un resultado de al menos 1,5 desviaciones estándar por debajo de lo esperado en comparación con su grupo de edad normativo.

- c) Función cognitiva general normal.
- d) Actividades de la vida diaria preservadas.
- e) No cumplen los criterios para el diagnóstico de demencia.

Estos criterios han sido ampliados con el paso del tiempo, siendo menos restrictivos en la actualidad. Los criterios que cuentan con mayor respaldo hoy en día son los propuestos en 2006 por la European Consortium on Alzheimer's Disease (EACD), recogidos por Junqué y Barroso (2009), los cuales incluyen:

- a) Quejas cognoscitivas de los pacientes o su familia.
- b) Declive de las funciones cognitivas respecto a sus habilidades durante el año anterior según el paciente o el informador.
- c) Alteraciones cognitivas evidenciadas por la evaluación clínica (alteración de memoria o de otros dominios cognitivos).
- d) Ausencia de repercusiones en la vida diaria, aunque pueden manifestar dificultad para la realización de actividades diarias complejas.
- e) Ausencia de demencia.

En cuanto a los manuales clínicos vigentes en la actualidad, en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-5, (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013) no encontramos referencias al DCL. En este caso, se recoge el DCL dentro del capítulo de los trastornos neurocognitivos (TNC en adelante), siendo el trastorno neurocognitivo leve el equivalente más cercano. Debido a la similitud entre criterios y sintomatología, el propio DSM-5 añade en las especificaciones que “el deterioro cognitivo leve concuerda sustancialmente con el TNC leve” (p.608). Sin embargo, esta es una categoría más amplia en la que entrarían también déficits cognitivos de características similares al DCL pero con etiologías muy diversas, como traumatismos, infecciones o epilepsia, y sin diferencias por rango de edad, por lo que incluyen también alteraciones de inicio en la infancia.

En el DSM-5 (APA, 2013) también se elimina el concepto de demencia, pasando ahora a denominarse trastorno neurocognitivo mayor. La Enfermedad de Alzheimer se incluye en el TNC mayor, al igual que otras demencias como el Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy. La principal diferencia entre el trastorno neurocognitivo mayor y el leve es que en el primero las Actividades de la Vida Diaria (AVD) sí se ven afectadas o

limitadas, mientras que en el segundo el sujeto aún puede realizarlas de forma autónoma. A continuación se exponen los criterios diagnósticos para el TNC leve propuestos en el DSM-5 (APA, 2013).

- A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (...) basadas en:
  - 1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
  - 2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (...).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

En relación al criterio A, el DSM-5 especifica que la puntuación para considerar que un sujeto tiene un deterioro moderado en el rendimiento cognitivo ha de ser de entre 1 y 2 desviaciones típicas por debajo de la media en los test neuropsicológicos. Además, se incluyen diferentes especificaciones y ejemplos de alteraciones pertenecientes a al TNC leve y al TNC mayor en el mismo manual, haciendo hincapié en las dificultades y los límites difusos entre ambas categorías debido a que forman parte de un continuo que resulta de difícil evaluación (APA, 2013).

Por otro lado, en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, CIE-11, (OMS, 2019) encontramos el trastorno neurocognitivo leve como equivalente al DCL, pero ocurre lo mismo que en el DSM, ya que en esta categoría las etiologías pueden ser muy diversas (traumas, consumo crónico de sustancias, etc). Como principal diferencia entre ambos manuales cabe destacar que en la CIE-11 aún se conserva el término demencia como categoría diagnóstica, con diferentes subtipos en función de la causa (p.ej., Demencia debido a Enfermedad de Alzheimer), cuyos criterios coinciden con los correspondientes al trastorno neurocognitivo mayor del DSM-5.

- Disminución de un nivel previo de funcionamiento cognitivo, acompañado por evidencia objetiva de deterioro en el rendimiento en uno o varios dominios cognitivos en relación con lo esperado para la edad de la persona y el nivel general de funcionamiento intelectual.
- No lo suficientemente grave para interferir significativamente (...) en el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal.
- El deterioro cognitivo puede atribuirse a una enfermedad subyacente del sistema nervioso, un trauma, una infección u otro proceso patológico (...), o al consumo crónico de sustancias o medicamentos específicos, o la etiología puede ser indeterminada.

Cuadro 1. Resumen de criterios diagnósticos del TNC leve de la CIE-11 (2019).

En relación con los subtipos de DCL, hoy en día existen diferentes clasificaciones y propuestas, ya que hay disparidad de criterios y opiniones sobre este constructo. Los límites entre unos subtipos y otros son difusos, las características entre todos ellos son muy similares y, a veces, hay dificultades para la evaluación y el diagnóstico adecuado.

En este trabajo se ha elegido seguir la clasificación presentada en el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de 2017, en la que se establecen cuatro subgrupos dentro del DCL. La elección se basa en que se considera una clasificación completa, clara, actual y bien fundamentada. En ella encontramos cuatro variantes del DCL:

- 1) Tipo amnésico: la característica principal de este subtipo es la afectación de la memoria. Su progresión se asocia con la demencia de tipo Alzheimer. Es el subtipo más estudiado y mejor definido en la actualidad.
- 2) Tipo no amnésico: en este caso puede estar afectado cualquier dominio cognitivo, excepto la memoria. Se relaciona con el desarrollo de otros tipos de

demencia distintos a la EA (demencia vascular, cuerpos de Lewy, Frontotemporal,...) (Sánchez-Beato et al., 2017).

- 3) Tipo amnésico multidominio: la alteración de la memoria cursa con alteraciones en otros dominios, principalmente afectación en las funciones ejecutivas.
- 4) Tipo no amnésico multidominio: como su nombre indica, en este subtipo hay múltiples áreas cognitivas afectadas, pero ninguna de ellas es la memoria.

A continuación se presenta en la Figura 1 la clasificación de los subtipos de DCL y su posible progresión, de acuerdo con González (2012). Sin embargo, no todos los autores coinciden en cuanto a la progresión del DCL, dado que en determinados casos se ha visto que el trastorno ha revertido por completo (Oviedo et al., 2016), con el mismo nivel de funcionamiento cognitivo previo a la aparición del DCL. La variabilidad de la sintomatología y las características de este trastorno dificultan la delimitación y el consenso entre los investigadores al respecto de esta patología y su evolución.

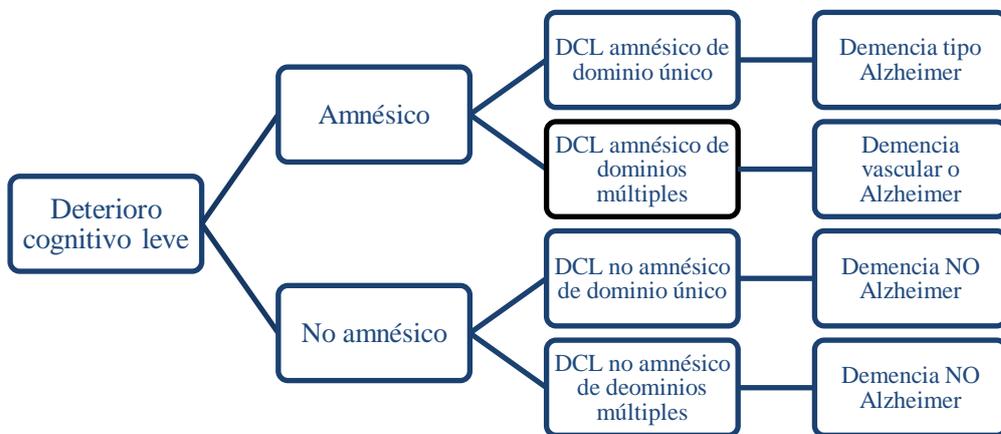


Figura 1. Clasificación de los tipos de DCL. Adaptado de González (2012).

### 3.2.2. Prevalencia y factores de riesgo

Debido a la disparidad de criterios empleados para el diagnóstico del deterioro cognitivo, los datos sobre prevalencia abarcan cifras muy variables. La SEGG (2017) recoge que, a partir de los 75 años, la prevalencia se encuentra entre el 3% y el 20%.

En cuanto a los factores de riesgo del DCL, además de la edad, Alonso et al. (2016) destacan en su artículo el bajo nivel educativo y cultural, la deficitaria actividad social del sujeto, enfermedades vasculares así como antecedentes familiares de demencia.

También en el Documento de Consenso elaborado por la SEGG sobre DCL (2017) asocian el bajo nivel educativo con un mayor riesgo de DCL, al igual que Migliacci et al. (2009), aunque recuerdan que no hay un consenso unánime al respecto. Del mismo modo, la SEGG (2017) señala la relación entre el deterioro cognitivo y factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial.

La soledad es un factor de riesgo para el empeoramiento del estado de salud general en las personas mayores, pero tomando como referencia la revisión realizada por Platz (2017) de diferentes estudios empíricos al respecto, la autora llega a la conclusión de que la soledad es un factor de riesgo específico para el desarrollo del DCL y otras demencias. Sin embargo, desde la SEGG (2017) se habla de la importancia del grado de satisfacción y calidad de las relaciones y no tanto del número o cantidad de contactos.

Otros autores (Arenaza-Urquijo et al., 2011; Wilson, 2010) citados por Cancino y Rehbein (2016) asocian directamente la actividad física, social y cognitiva con el retraso en la aparición de deterioro cognitivo. Del mismo modo, Olivera-Pueyo y Pelegrín-Valero (2015) considera que el mantenimiento de una vida activa durante la vejez así como de las relaciones sociales actúan como factores protectores frente a la progresión del DCL.

En cuanto a la depresión y otros trastornos de ánimo, aunque no está clara la relación con el DCL, sí se incluyen dentro de los factores de riesgo para este trastorno y otras demencias (Reyes-Figueroa et al., 2010; Cancino y Rehbein, 2016). Aunque existe controversia al respecto y aún es necesaria más investigación, ya que los datos son contradictorios, algunos autores señalan que el riesgo de padecer deterioro cognitivo es de hasta cuatro veces mayor en sujetos con depresión (López-Trejo et al., 2015).

A pesar de las dificultades metodológicas para llegar a evidencias claras sobre la relación entre DCL y depresión, cabe pensar que la disminución del bienestar general de los individuos que padecen depresión puede tener un impacto directo e indirecto sobre el funcionamiento de las personas (Reyes-Figueroa et al., 2010).

Por último, cabe destacar que ningún autor recoge diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia del DCL, descartando por tanto la variable sexo como un factor de riesgo.

En conclusión, podemos decir que los factores de riesgo son múltiples y variables, no sólo de carácter orgánico, aunque es necesaria mayor investigación al respecto para esclarecer hasta qué punto son relevantes en el desarrollo de este trastorno. Lo que nos queda claro es que, sin duda, es la edad el principal factor asociado al DCL, al igual que ocurre con otro tipo de demencias.

### **3.2.3. Evaluación del Deterioro Cognitivo Leve**

Para la detección del DCL es necesario llevar a cabo una evaluación neuropsicológica por parte de un especialista en el ámbito. Con frecuencia los pacientes asistirán a consulta refiriendo quejas acerca de la pérdida de memoria, por lo que es importante que en este punto el neuropsicólogo comience el proceso de evaluación completo de todas las áreas cognitivas para obtener el perfil cognitivo del individuo.

En el caso del DCL, nos encontramos con la dificultad inicial de la similitud de la sintomatología con otras patologías, lo que puede suponer un retraso en el diagnóstico. Además, la levedad de los síntomas en los primeros momentos puede suponer que los pacientes no acudan a consulta hasta que estos se ven muy agravados o cuando comienzan a tener dificultades en las Actividades de la Vida Diaria (AVD en adelante), ya que una característica habitual de esta patología es la falta de conciencia del deterioro (Prieto, 2014). Sin embargo, como se describió anteriormente en el concepto de DCL, si las AVD se ven afectadas ya no estaríamos hablando de DCL sino de una patología más severa, por lo que la evaluación y el diagnóstico precoz son fundamentales.

El proceso de evaluación, sea cual sea la patología de la que estamos hablando, se inicia siempre con una entrevista clínica (Fernández-Ballesteros, 2013). La entrevista es, generalmente, la primera toma de contacto entre el profesional y el paciente. Esta técnica tiene como objetivo el recabar información sobre la historia clínica del sujeto, su contexto, la evolución de los síntomas y cualquier otra cuestión que pueda ser de interés para el caso. Podemos emplear distintos tipos de entrevista y de estrategias comunicativas en función del objetivo inicial, pero en todo caso al terminar la entrevista

debemos tener clara cuál es la demanda del sujeto, cuáles son las necesidades detectadas y de qué aspectos necesitamos más información para llevar a cabo una intervención adecuada.

Para obtener información objetiva sobre el funcionamiento real del sujeto, el siguiente paso tras la entrevista será la aplicación de pruebas de evaluación específicas. En este caso, tratándose de una patología como el DCL, la evaluación será de carácter neuropsicológico porque el objetivo es evaluar qué capacidades cognitivas están afectadas y en qué grado lo están, así como las capacidades preservadas.

Los test de cribado o pruebas de screening son herramientas útiles, sencillas y rápidas que nos indican la posible existencia de un trastorno (Peña-Casanova, 2005), pero no sustituyen la función específica de evaluación por parte de un especialista, neurólogo o neuropsicólogo en este caso, ya que el diagnóstico de este tipo de patologías requieren un conocimiento profundo de la misma y de distintas pruebas específicas de carácter médico (técnicas de neuroimagen, análisis de sangre,...). Estos test permiten la comparación del rendimiento del sujeto con datos normativos para su grupo de edad, nivel educativo y entorno cultural (APA, 2013).

Algunas de las pruebas de screening más empleadas para un primer acercamiento al diagnóstico de DCL son el Test del reloj, el Fototest, el Minimental State Examination, el TAVEC o el Montreal Cognitive Assesment (MoCA) (Mora-Simón et al., 2012; Prieto, 2014). Aunque estas pueden ser las pruebas más mencionadas en la literatura científica, hay diferencias entre la información que cada una de ellas nos permite obtener, así como en su sensibilidad. Además, hay que destacar que la aplicación de una sola prueba es insuficiente, por lo que la combinación correcta de las distintas pruebas es una de las laborales más importantes para el diagnóstico. En el Anexo 1 se incluye un resumen de las pruebas citadas anteriormente, con una breve explicación de cada una de ellas.

En la revisión bibliográfica llevada a cabo para la elaboración de este trabajo, cabe destacar que la prueba más mencionada por el común de los investigadores es el Minimental State Examination (MMSE) de Folstein (1975) y, probablemente sea la prueba más empleada en la práctica clínica para la evaluación del deterioro cognitivo (Pérez, 2015). Se trata de una prueba estandarizada y que cuenta con una adaptación y validación para la población española elaborada en 1975 por Antonio Lobo,

denominada Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), la cual puede verse en el Anexo 2. La puntuación entre 0 y 30 nos permite identificar distintos grados de deterioro cognitivo a través de la evaluación de distintas áreas que generalmente están deterioradas en esta patología, aunque no recoge información de todos los dominios y puede no detectar los casos incipientes de deterioro. En este caso nos ofrece un primer acercamiento al estado cognitivo general del sujeto y distingue cinco grados de deterioro:

- 1) 30-27: no existe deterioro cognitivo
- 2) 26-25: existen dudas sobre si existe o no cierto deterioro
- 3) 24-10: deterioro cognitivo de leve a moderado
- 4) 9-6: deterioro cognitivo de moderado a severo
- 5) < 6: deterioro cognitivo severo

Una de las principales limitaciones del MMSE es la influencia que tiene el nivel educativo, la edad y los déficits sensoriales sobre el rendimiento en la prueba. Además, al tratarse de una prueba de cribado no sirve para realizar un diagnóstico, sino para obtener una idea general del estado del sujeto de forma rápida y sencilla, así como para realizar evaluaciones de seguimiento.

Aún a día de hoy no existe una batería neuropsicológica específica para la detección y el diagnóstico del DCL, aunque algunos investigadores están tratando de elaborar baterías eficaces a partir de pruebas y test breves ya existentes destinados a medir áreas específicas. Es el caso de la batería propuesta por el grupo de Pilar Luna-Lario y Javier Tirapu que se implementa en el Complejo Hospitalario de Navarra desde hace años, el cual consideran sus autores que tiene gran potencialidad y resulta fácil y rápido de aplicar (Luna-Lario et al., 2015).

Existe un amplio consenso respecto a que el mejor modo de evaluar correctamente el DCL es a través de distintas pruebas específicas que nos permitan recoger información sobre el nivel de afectación de todos los dominios cognitivos así como del nivel de funcionamiento y autonomía del individuo. En el Anexo 4 se recogen de forma resumida una serie de pruebas específicas para la evaluación de distintas áreas. Además, es importante añadir a estos datos objetivos toda la información recabada por el paciente y por sus allegados, pues como destacaba previamente, es frecuente que el propio sujeto no sea consciente de los déficits pero sí quienes viven o están en contacto frecuente con él.

Por otra parte, como señala Prieto (2014), es conveniente la utilización de pruebas de neuroimagen, como la Resonancia Magnética o el TAC, que permiten establecer si existen daños estructurales en el cerebro del paciente que puedan estar asociados a otras patologías o si estos pueden relacionarse de algún modo con el DCL o la EA. Aunque, actualmente, no existen marcadores biológicos específicos para el DCL que nos ayuden en la detección temprana (De la Vega y Zambrano, 2018).

Otra cuestión que puede estar generando sintomatología similar a la demencia son algunas patologías o alteraciones emocionales. En la vejez la depresión se presenta de una forma atípica, con síntomas somáticos y alteraciones en las funciones cognitivas. Es por ello que la evaluación debe incluir también pruebas específicas que valoren el estado emocional del individuo, para descartar este tipo de afecciones como causantes de los déficits a nivel cognitivo. Del mismo modo, el policonsumo de fármacos y el abuso de sustancias (alcohol u otras drogas) también pueden provocar síntomas relacionados con demencias debido al consumo prolongado y a los efectos secundarios que estas sustancias provocan, por lo que es fundamental contrastar esta información durante la entrevista inicial.

Por último, es importante tener en cuenta que, cuando estamos evaluando a personas mayores, los déficits sensoriales y motores son frecuentes y pueden generar grandes dificultades para la correcta evaluación del DCL (Custodio et al., 2012). Antes de iniciar el proceso de evaluación debemos tener en cuenta las posibles limitaciones de los sujetos para adaptar las pruebas en la medida de lo posible (aumentar el tamaño de letra, adaptar metodologías, etc) sin que se vea afectada la validez de las pruebas. Tenemos que partir siempre conociendo si el sujeto presenta cualquier otra patología o déficit que pueda afectar a los resultados y, por ende, al diagnóstico de DCL.

La detección precoz será el objetivo principal de cualquier programa que trate de prevenir el deterioro cognitivo asociado al DCL, ya que esto es lo único que posibilita llevar a cabo una intervención temprana adecuada al perfil cognitivo del individuo, ralentizando la evolución de los síntomas y permitiendo llevar a cabo una planificación a largo plazo del tratamiento (Peña-Casanova, 2005).

La evaluación será continua una vez diagnosticado el DCL, al menos una vez al año (Custodio et al., 2012), para observar la evolución de los déficits y su posible progresión a otro tipo de demencia.

### 3.2.4. Dominios cognitivos

El DSM-5 (APA, 2013) incorpora en el capítulo destinado a los trastornos neurocognitivos la distinción de seis dominios cognitivos que son:

- a) La memoria y el aprendizaje
- b) La atención compleja
- c) Las funciones ejecutivas
- d) El lenguaje
- e) Las habilidades perceptuales-motoras
- f) La cognición social (autorregulación conductual y emocional)

Estos dominios pueden verse afectados en el DCL en su totalidad o parcialmente, como vimos en la clasificación de los subtipos. Siguiendo los criterios del DSM-5, la puntuación para considerar que el dominio está afectado ha de ser de entre 1 y 2 desviaciones típicas. Si la puntuación fuera mayor de 2 DE estaríamos hablando ya de un trastorno neurocognitivo mayor y no del menor, que sería el equivalente al DCL en este manual diagnóstico. En el Anexo 3 se adjuntan las características específicas que recoge el DSM-5 (APA, 2013) acerca de los dominios cognitivos y su afectación en los distintos trastornos neurocognitivos.

La afectación en los dominios es diversa, siendo el dominio memoria el más estudiado por su posible asociación con la EA, mientras que la combinación de distintos déficits (DCL-multidominio) es la más prevalente (González, Buonanotte y Cáceres, 2014).

En los apartados posteriores describiremos en detalle los dominios relativos a la memoria, la atención y las funciones ejecutivas puesto que son las áreas de trabajo en las que se centrará la propuesta de intervención. Sin embargo, es necesario llevar a cabo al menos una breve explicación de los otros tres dominios cognitivo que, indirectamente, también se trabajarán a lo largo de las sesiones.

Empezando por el dominio más conocido, el lenguaje, se incluye tanto la expresión como la comprensión y el lenguaje no verbal. Desde la psicología se define como la capacidad propia del ser humano para comunicarse mediante un sistema de signos y símbolos arbitrarios. Se trata de una función superior con un claro sustrato biológico y dependiente de la madurez cerebral y de la estimulación ambiental.

En el proceso de envejecimiento normativo no parece haber un declive específico en la producción del lenguaje, aunque sí parece haber mayores dificultades para hacer inferencias en la comprensión (Custodio et al., 2012). Ballesteros et al., (2013) señalan en su artículo que las habilidades verbales se mantienen invariantes con el paso de los años. En el caso de sujetos con DCL, el rendimiento en tareas de denominación es menor a lo esperado en el subtipo multidimonio (De la Peña, et al., 2017).

Por otro lado, las habilidades perceptuales-motoras incluyen la percepción visual, habilidades visoconstructivas, perceptuales motoras, praxias y gnosias. Se trata de la capacidad de manejar el espacio corporal y extracorporal. La praxia es la capacidad que nos permite organizar, planificar y ejecutar movimientos mientras que las gnosias nos permiten reconocer información a través de los distintos canales sensoriales. En determinadas habilidades especiales como el reconocimiento facial o el aprendizaje espacial se observa un evidente descenso en el rendimiento (Custodio et al., 2012) asociado a la edad.

En último lugar se incluye el dominio denominado cognición social. En este caso se trata de las habilidades que poseemos para interpretar, analizar y manejar aspectos sociales y emocionales tanto propios como del mundo social en el que nos movemos. En el caso de que hubiera un déficit específico en este dominio, la sospecha se encaminaría hacia una posible lesión del lóbulo frontal (González, Buonanotte y Cáceres, 2014).

#### **3.2.4.1. Memoria: definición, tipos y afectación en DCL**

Podemos definir la memoria como la capacidad cognitiva que nos permite codificar, almacenar y recuperar la información (Sánchez, 2019). Sin embargo, la memoria es un sistema complejo con diferentes niveles de organización (Sales, 2016), por lo que es importante establecer la distinción entre los distintos tipos de memoria.

Siguiendo las clasificaciones clásicas recogidas en las revisiones de Sosa (2016), Sales (2016) y Sánchez (2019), se presenta a continuación un resumen de los tipos de memoria.

En función de las estructuras implicadas podemos clasificar la memoria en:

- a) Memoria sensorial: tiene una duración muy breve (150-300 milisegundos) y se divide en memoria ecoica (la información llega por el canal auditivo) y memoria icónica (en este caso el órgano encargado es la visión).
- b) Memoria a corto plazo (MCP): también se conoce como memoria de trabajo u operativa, y podemos definirla como la capacidad de retener una cantidad de información limitada en un corto periodo de tiempo. En concreto, se habla de la posibilidad de procesar de forma simultánea entre 5 y 9 elementos (“*chunks*”) con una duración aproximada de 15 a 30 segundos. Es en este “almacén” donde se decide si la información será procesada en la próxima estructura de memoria o si se desecha.
- c) Memoria a largo plazo (MLP): Aquí la información almacenada es ilimitada y su duración es permanente, aunque es posible que haya alteraciones o dificultades en la reconstrucción de los recuerdos, así como modificaciones de la información debido a la experiencia.

Otra clasificación que debemos tener en cuenta es la que divide la memoria implícita y explícita. Cuando hablamos de memoria implícita nos referimos a aquellos conocimientos que hemos adquirido de manera inconsciente. Serían los aprendizajes procedimentales u habilidades, las cuales se activan de forma automática cuando son necesarios, como por ejemplo montar en bicicleta. Por el contrario, la memoria explícita requiere de la actividad consciente para la formación de los recuerdos; es intencional.

La siguiente distinción divide la memoria entre procedimental (saber cómo) y declarativa (saber qué). La memoria procedimental almacena aquellos conocimientos relacionados con cómo hacer las cosas, serían habilidades y destrezas adquiridas a lo largo de la vida (conducir, cocinar, etc.). En la memoria declarativa se almacenan todos los conocimientos que adquirimos sobre las personas, los lugares o las cosas y a su vez podemos dividirla en:

- a) Memoria Episódica: incluye también la denominada memoria autobiográfica, ya que nos permite recordar experiencias personales y hechos concretos; es el “qué”, “dónde” y “cuando”.
- b) Memoria Semántica: incluye el conocimiento que tenemos del mundo que vamos adquiriendo con el paso de los años.

Por último, es importante destacar que los daños provocados por lesiones cerebrales que afectan a los procesos de memoria se denominan amnesias (Fombuena, 2008). La amnesia puede ser de distintas tipologías en función de distintas variables como el área cerebral afectada, la etiología o la cronología. En este caso nos interesa más conocer las amnesias en función de la cronología, ya que es la clasificación que nos resultará más útil para distinguir el DCL de otras patologías.

- a) Amnesia anterógrada: es la incapacidad total o parcial de retener nueva información. Es decir, no se generan nuevos recuerdos porque la información no se procesa de forma adecuada en la MCP y, por tanto, no es almacenada en la MLP.
- b) Amnesia retrógrada: consiste en la dificultad para recuperar los recuerdos almacenados previamente; aquí ocurre a la inversa ya que lo que falla es el paso de la MLP a la MCP en el proceso de recuperación. En el caso de la amnesia retrógrada se sabe que afecta en mayor medida a la memoria explícita, quedando conservada la implícita o procedimental.

Antes de destacar cuales son las alteraciones más comunes en DCL en este dominio cognitivo, de forma esquemática vamos a representar las fases que requiere un correcto procesamiento de la información de acuerdo con el trabajo de Fombona (2008), representadas en la Figura 2.



Figura 2. Fases de la memoria

La atención será el nivel inicial de procesamiento, indispensable para que la memoria sensorial envíe la información a la MCP. El segundo paso, denominado codificación, hace referencia a las funciones de la MCP, donde la información física se transforma en una representación mental, realizando asociaciones con conocimientos previos. El almacenamiento es el paso de la información de la MCP a la MLP, como se comentó previamente. Por último, la recuperación es el acceso consciente a la información almacenada en la MLP; sería el recuerdo propiamente dicho (Fombuena, 2008).

En cuanto a las alteraciones de memoria, en el caso de sujetos con DCL se ve afectado la formación de nuevos recuerdos y el funcionamiento de la MCP o memoria de trabajo; es decir, la codificación. Diversos estudios coinciden en que la memoria de trabajo reduce su capacidad de procesamiento de forma gradual con el paso de los años (Custodio et al., 2012; Papalia y Martorell, 2017), aunque existen diferencias de rendimiento en función de las tareas, disminuyendo en aquellas que resultan más complejas porque requieren la reorganización de la información.

Sin embargo, esto no es algo específico del DCL ya que ocurre también durante el proceso de envejecimiento no patológico (Sales, 2016), aunque con una menor afectación. Se considera que la memoria de trabajo es la que sufre una mayor afectación a lo largo de la vejez (Sosa, 2016). De acuerdo con la teoría de Sales (2016), esto puede deberse a las dificultades de los mayores para organizar la nueva información, lo cual puede paliarse a través de la enseñanza de estrategias de organización de la información.

Por otro lado, otra de las alteraciones más frecuentes en pacientes con deterioro cognitivo tienen que ver con la memoria episódica (Prieto, 2014; SEGG, 2017). Ocurre lo mismo en el envejecimiento normal, como explican Papalia y Martorell (2017), es la memoria episódica en la que se manifiestan más dificultades para recuperar la información debido al proceso de reelaboración de la experiencia que se requiere.

En el caso del DCL, el deterioro es más acusado de lo que sería esperable por cuestiones de edad, especialmente en el subtipo amnésico, el cual se caracteriza por deterioro específico en el dominio de la memoria. Además, el deterioro significativo de la memoria episódica podría ser un indicio de la enfermedad de Alzheimer, de acuerdo con Samper et al. (2011).

En general podemos decir que en el DCL hay mayor afectación en la memoria de trabajo y en la MLP, concretamente de la memoria episódica (Custodio et al., 2012).

Sin embargo, algo que debemos tener en cuenta para las intervenciones es que todos aquellos recuerdos o experiencias que tengan una gran carga emocional tendrán una menor probabilidad de verse afectados por el deterioro o, lo que es igual, son más resistentes al olvido (Papalia y Martorell, 2017). De igual modo cabe recordar que todos los dominios cognitivos están en estrecha relación, especialmente la atención y la

memoria, siendo las alteraciones atencionales una fuente de dificultades para la memoria.

#### **3.2.4.2. Atención: definición, tipos y afectación en DCL**

La atención es “la capacidad de generar, mantener y dirigir una estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información” (SEGG, 2017, p.11). La atención es un mecanismo complejo que ejerce la función de control de la actividad mental y conductual, nos permite orientarnos hacia los estímulos relevantes para que estos se procesen al mismo tiempo que inhiben los estímulos no relevantes (Villavicencio et al., 2020).

Existen distintos tipos de atención que juegan un papel fundamental en nuestra vida diaria y que es necesario conocer, al menos, en qué consiste cada una, pues se verán afectadas de distinto modo en el proceso de envejecimiento (Oviedo et al., 2016).

En primer lugar, la atención selectiva es la que nos permite atender a un estímulo o tarea concreta a pesar de que haya otros estímulos distractores presentes. También se denomina atención focalizada pues en definitiva actúa como un foco que nos permite atender a la información relevante (Londoño, 2009).

Otro tipo de atención imprescindible es la atención sostenida, que hace referencia a la capacidad de atender durante un tiempo prolongado a un mismo estímulo o tarea. En actividades que demandan un mantenimiento prolongando de la atención, llega un punto en el que la atención disminuye debido a la fatiga o el aburrimiento, denominado menoscabo de la atención (Villaroig y Muiños, 2018; Roballo, 2020).

Por último vamos a describir la atención dividida, la cual nos permite responder a dos estímulos o actividades de manera simultánea (Londoño, 2009). Para dar respuesta a las demandas del ambiente el sujeto debe distribuir sus recursos atencionales para cada tarea. En este sentido, hay actividades que requieren menos recursos y son aquellas tareas que tenemos más automatizadas y que por tanto nos suponen un menor esfuerzo cognitivo. Al contrario ocurre con las tareas o actividades novedosas y más complejas, ya que para procesarlas adecuadamente requieren un gran esfuerzo y, por tanto, mayor

cantidad de recursos. Es importante mantener una correcta distribución de dichos recursos puesto que la capacidad atencional es limitada (Aguilar et al., 2018).

Lo que se observa durante el envejecimiento normal respecto al rendimiento en tareas atencionales es un enlentecimiento general en el procesamiento de la información, lo cual implica un incremento del tiempo necesario para atender adecuadamente los estímulos (Aguilar et al., 2018).

En los pacientes con DCL la atención parece ser deficitaria, sin que existan diferencias entre los distintos subtipos de DCL (De la Peña et al., 2017). Aunque no está claro el nivel de afectación de la atención como algo característico del DCL, sí que parece ser un deterioro directamente ligado a las funciones ejecutivas (Oviedo et al., 2016).

Concretamente, Papalia y Martorell (2017) hablan de la disfunción de los lóbulos frontales, lo cual afecta de manera directa a la capacidad de concentración y atención, así como a la realización de tareas complejas y a la recuperación de recuerdos. Se señala también el déficit en la atención selectiva como un marcador del envejecimiento patológico (Sosa, 2011; Ballesteros et al., 2013), pero no específicamente del DCL. Por el contrario, de acuerdo con Custodio et al. (2012), la atención sostenida no se vería afectada durante el envejecimiento, siendo una habilidad que puede entrenarse y desarrollarse a lo largo del ciclo vital.

#### **3.2.4.3. Funciones ejecutivas: definición, tipos y afectación en DCL**

Las funciones ejecutivas hacen referencia a una serie de funciones cognitivas de orden superior que nos permiten regular nuestra propia conducta y llevar a cabo tareas cognitivas complejas, acciones premeditadas, autorregular nuestro comportamiento y nuestra actividad mental, optimizar los recursos cognitivos y adaptarnos a nuevas situaciones (Verdejo-García y Bechara, 2010, Leal da Silva, 2012; Clemente et al., 2015).

Aunque es un concepto del cual existen variedad de definiciones en la literatura científica, la aportada por Drake y Torralva (2007) citado por Binotti et al., (2009), es la que mejor refleja la importancia de las funciones ejecutivas, las cuales describe como “conjunto de habilidades cognitivas que controlan y regulan otras capacidades más

básicas y que están al servicio del logro de conductas dirigidas hacia un objetivo (...). Comprenden una serie de procesos cuya función principal es facilitar la adaptación del sujeto (...).” (p.120).

Por tanto, se consideran las funciones ejecutivas como coordinadoras del resto de funciones cognitivas (Leal da Silva, 2012), manteniendo así una estrecha relación con la memoria y la atención que previamente hemos descrito, así como con el resto de dominios cognitivos.

Es importante destacar que las funciones ejecutivas se encuentran localizadas en las áreas prefrontales del cerebro y se desarrollan durante el ciclo vital (Binotti, et al., 2009; Herreras, 2014; Aceiro et al., 2016). El lóbulo frontal es el más inmaduro en el momento del nacimiento, por lo que estas funciones pueden verse afectadas por multitud de problemáticas (infecciones, traumatismos, prematuridad, etc).

Sin embargo, es importante recordar que no solamente las áreas frontales están vinculadas a las funciones ejecutivas (Herreras, 2014), ya que hay otras estructuras cerebrales que se encuentran conectadas con las zonas prefrontales para llevar a cabo determinadas tareas, como la amígdala o el hipocampo. Las afectaciones de estas estructuras cerebrales tendrán un impacto directo sobre el rendimiento en funciones ejecutivas.

Entre los investigadores no hay consenso actualmente sobre la clasificación y los componentes que conforman las funciones ejecutivas., por lo que podemos encontrar distintas clasificaciones que varían en función de cada autor. Como el objeto de estudio de este trabajo no es profundizar en este aspecto, comentaremos solo aquellos componentes que cuentan con un mayor respaldo científico (Verdejo-García y Bechara, 2010; Tirapu-Ustárroz et al., 2017).

- a) Actualización: activación de la información contenida en la memoria de trabajo.
- b) Inhibición: capacidad para ignorar los estímulos irrelevantes y las respuestas automáticas.
- c) Flexibilidad cognitiva: capacidad para cambiar la respuesta o el esquema mental ante diferentes condiciones ambientales (Leal da Silva, 2012).

- d) Planificación: anticipación de los pasos necesarios para llevar a cabo una tarea con éxito y desarrollar planes en base a unos objetivos concretos, valorando soluciones posibles y sus consecuencias.
- e) Toma de decisiones: capacidad para seleccionar de entre distintas opciones aquella que resulte más favorable.

Durante el proceso de envejecimiento normal, el funcionamiento ejecutivo disminuye gradualmente (Custodio et al., 2012), afectando de manera específica al control inhibitorio y al control de la atención (Aceiro et al., 2016).

En las personas mayores se observan más dificultades a la hora de inhibir la información irrelevante, tienen mayor interferencia cognitiva, lo cual les lleva a cometer más errores y, además, tardan más tiempo en procesar la información (Leal Da Silva, 2013).

En el DCL la dificultad es mayor a la hora de realizar tareas complejas o que impliquen una serie de pasos (procesos que requieren de la planificación, la memoria de trabajo, la autorregulación y la toma de decisiones) así como en el control inhibitorio (Ballesteros et al., 2013; Aceiro et al., 2016). A medida que aumenta el deterioro cognitivo, como señalan Clemente, García-Sevilla y Méndez (2015), se incrementan las dificultades en tareas que implican planificación y se reduce el uso de estrategias.

La velocidad de procesamiento, aunque no se encuentra clasificada dentro de los dominios cognitivos, se relaciona directamente con las funciones ejecutivas, la atención y la memoria, así como con el rendimiento del resto de capacidades cognitivas. Se trata del tiempo que tardamos en procesar la información del exterior y en elaborar una respuesta adecuada. En el caso de las personas mayores, hay un aumento significativo en el tiempo de respuesta lo que significa una menor velocidad de procesamiento (Ballesteros, Mayas y Reales, 2013; Sales, 2016). Además, de acuerdo con estos autores, las personas mayores utilizan más recursos cognitivos en comparación con los jóvenes.

### **3.3. La intervención en Deterioro Cognitivo Leve**

Tradicionalmente las patologías asociadas a la vejez se han tratado de forma exclusiva mediante tratamientos farmacológicos. Sin embargo, en las últimas décadas se ha ido incrementando el número de programas e intervenciones no farmacológicas destinadas a mejorar el funcionamiento de los mayores, con o sin patologías detectadas (González, 2012). Esto se debe en gran medida a la limitada eficacia de los fármacos empleados para las demencias (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Las intervenciones cognitivas hacen referencia a “toda actividad orientada a mejorar el rendimiento cognitivo general o, de forma más específica, alguno de sus componentes” (Prieto, 2014). Son ampliamente recomendadas para complementar la acción de las terapias farmacológicas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), ya que se ha demostrado su eficacia para las demencias de gravedad leve-moderada (García y Carro, 2011; Justo-Henriques et al, 2019).

Las terapias no farmacológicas (TNF), de acuerdo con Peña-Casanova (1999) citado por Carballo-García et al. (2013), tienen como objetivos terapéuticos:

- a) Estimular y mantener las capacidades mentales
- b) Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales
- c) Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente
- d) Estimular la propia identidad y autoestima
- e) Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas
- f) Mejorar el rendimiento cognitivo
- g) Mejorar el rendimiento funcional
- h) Incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria
- i) Mejorar el estado y sentimiento de salud
- j) Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o cuidadores

En España, según los datos recabados en el Plan Integral de Alzheimer y otras demencias (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), existe un importante desfase entre la percepción de utilidad de este tipo de tratamientos y su utilización real en los diferentes entornos (hospitales, centros de día, residencias, etc). Es decir, se sabe que son beneficiosos para los pacientes con deterioro pero en la práctica no se aplican y se emplea solo el tratamiento farmacológico, reduciendo por

tanto los beneficios a los que estos pacientes podrían aspirar de contar con un tratamiento completo.

Actualmente no existe un tratamiento farmacológico para el DCL con eficacia demostrada a largo plazo (González et al., 2012; Petersen et al., 2018). Las intervenciones cognitivas y en general las terapias no farmacológicas (TNF), han demostrado tener resultados positivos en diferentes áreas (no solo a nivel cognitivo), como se recoge en la revisión elaborada por González et al. (2012).

A pesar de que aún es necesario investigar al respecto de las metodologías cognitivas más adecuadas, los resultados observados en esta revisión de diferentes enfoques de intervención son positivos en el aprendizaje de nuevas estrategias de memoria, las habilidades cognitivas y en los estados emocionales de los sujetos (González et al., 2012). A pesar de los prometedores resultados encontrados, es necesario homogeneizar los tratamientos, como recogen Demey y Allegri (2010) en su revisión bibliográfica, para dotar de un mayor respaldo empírico a este tipo de intervenciones, ya que las diferentes metodologías, duración de tratamientos y perfiles incluidos, así como la falta de grupos control y diferencias a la hora de evaluar y realizar el seguimiento de los pacientes, dificultan aportar datos concretos sobre los beneficios concretos de las TNF sobre el DCL.

Los programas de intervención cognitivo parten del supuesto de que las personas mayores con deterioro pueden adquirir nuevos aprendizajes en las fases iniciales de la enfermedad, (García y Carro, 2011) basándose el concepto de neuroplasticidad del cerebro humano. El concepto de neuroplasticidad y diversos estudios actuales (Justo-Henriques et al., 2019) apuntan que las conexiones en el cerebro humano pueden seguir generándose durante la vejez aunque existe una patología como el DCL u otros trastornos neurodegenerativos. La neuroplasticidad puede ser estimulada mediante programas e intervenciones cognitivas.

Dentro de las intervenciones cognitivas encontramos diferentes metodologías y conceptos. La distinción principal que vamos a recoger en el presente trabajo es la del entrenamiento cognitivo y la estimulación cognitiva, ya que son términos que se usan indistintamente en muchas ocasiones pero que presentan diferencias metodológicas.

Estas intervenciones han demostrado resultados beneficios en trastornos neurocognitivos como el DCL, retrasando la progresión del trastorno (Justo-Henriques et al., 2019), así como mejorando la afectividad y la percepción de calidad de vida de los sujetos (Carballo-García et al., 2013), tanto en las intervenciones individuales como grupales (González et al., 2012).

### **3.3.1. Estrategias de intervención**

#### **3.3.1.1. Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva hace referencia a las actividades destinadas a preservar y mejorar el funcionamiento cognitivo, enlenteciendo el deterioro (García y Carro, 2011).

Las actividades que forman parte de los programas de estimulación no están enfocadas a trabajar áreas o capacidades específicas (González et al., 2012), sino que se trata de trabajar de una forma más global el funcionamiento cognoscitivo. Además, este tipo de actividades suelen implementarse de manera grupal (Oltra-Cucarella, 2018), ya que son tareas diseñadas para colectivos concretos pero no adaptados a los individuos en particular (González, 2012; Oltra-Cucarella, 2018).

#### **3.3.1.2. Entrenamiento cognitivo**

Por su parte, el entrenamiento cognitivo se centra en el trabajo focalizado en los distintos dominios cognitivos (memoria, lenguaje, atención, etc) (González, 2012; Oltra-Cucarella, 2018). Desde este enfoque, se trabaja por áreas específicas mediante tareas repetitivas con el fin de mejorar el funcionamiento de dichas áreas, así como la enseñanza de nuevas estrategias y habilidades cognitivas (González, 2012).

Los programas de entrenamiento cuentan con una mayor estructuración de las actividades y las sesiones, utilizan pruebas estandarizadas y se basan en la mejora a través de la práctica repetida y del aprendizaje de estrategias para optimizar el funcionamiento cognitivo de los mayores (González, 2012; Oltra-Cucarella, 2018). El objetivo de esta intervención es mejorar el funcionamiento del individuo a través de la resolución de problemas y actividades repetidos en distintas condiciones, así como la

adquisición de nuevas habilidades y estrategias de aprendizaje que permiten optimizar el funcionamiento cognitivo del individuo (González et al., 2012).

Estas actividades estandarizadas nos permiten adaptar la dificultad de la misma en función de las capacidades del sujeto, añadiendo o eliminando ítems o modificando el tiempo establecido para completar la tarea (Oltra-Cucarella, 2018). Esto nos permite seguir de forma objetiva el rendimiento de cada individuo y adaptar las sesiones en función del ritmo de aprendizaje y sus dificultades.

### **3.3.2. La reserva cognitiva**

El concepto de reserva cognitiva hace referencia a las habilidades y procesos cognitivos adquiridos a lo largo de nuestra vida que nos permiten hacer frente a procesos de deterioro cognitivo (Prieto, 2014). Es decir, se tratarían de mecanismos de compensación adquiridos a través de la experiencia personal. También se define como la capacidad del cerebro para tolerar neuropatologías antes de llegar al umbral a partir del cual se manifestarán los síntomas clínicos (Díaz-Orueta et al., 2009).

Actualmente se trata de un concepto hipotético del que aún queda mucho por investigar pero que, de acuerdo con Iborra (2013), una alta capacidad de reserva cognitiva actuará como factor protector ante enfermedades neurodegenerativas. Además, se asocia una mayor reserva cognitiva con un mejor rendimiento en caso de patología debido a la mayor eficacia en el uso de estrategias cognitivas alternativas (Díaz-Orueta et al., 2009).

Partiendo de esta idea de que la reserva cognitiva puede actuar como un factor protector y que otorga al individuo una mayor eficacia en el desempeño de distintas tareas, la intervención en DCL puede enfocarse con la finalidad de aumentar esta reserva cognitiva que a su vez permitirá enlentecer el deterioro. De acuerdo con esto, los programas de entrenamiento cognitivo pueden tener un impacto positivo en la construcción de la reserva cognitiva (Iborra, 2013).

Es necesaria la investigación entre los conceptos de DCL y reserva cognitiva. Aún son escasos los trabajos que encontramos relacionando ambos conceptos a pesar de que podría ser una herramienta útil para diseñar intervenciones más específicas y completas, así como para potenciar también las intervenciones preventivas en pacientes sanos.

### **3.4. La intervención psicopedagógica en el Deterioro Cognitivo Leve**

Podemos definir la intervención psicopedagógica como el “conjunto de actividades que contribuyen a dar solución a determinados problemas, prevenir la aparición de otros y colaborar con las instituciones (...).” (Palacio et al., 2006, p.218).

De acuerdo con Binotti, Spina, de la Barrera y Donolo (2009), la intervención psicopedagógica en personas mayores es una de las opciones más prometedoras si partimos de la idea de que los dominios cognitivos pueden entrenarse y potenciarse durante toda la vida, a través de la enseñanza de estrategias y la estimulación cognitiva, así como fomentando la participación social del individuo.

Tal y como se recoge en el Libro Blanco del envejecimiento (IMSERSO, 2011), las intervenciones en personas mayores deben dirigirse a retrasar la dependencia promocionando un envejecimiento activo, prevenir el deterioro funcional o, si este ya existe como en el caso del DCL, recuperar el nivel funcional máximo que permite la autonomía del individuo, retrasando la condición de dependencia asociada a las enfermedades neurodegenerativas.

En concreto, las intervenciones psicopedagógicas en DCL se incluirán en el marco de la prevención secundaria, que corresponde a las acciones que se llevan a cabo una vez la patología se ha iniciado pero con la posibilidad de revertir tal condición o mejorar el pronóstico (IMSERSO, 2011).

Atendiendo al concepto de intervención integral propuesto para la realización de este trabajo, y a los objetivos planteados en el Plan Integral de Alzheimer y otras demencias (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), los aspectos claves que debemos abordar desde la psicopedagogía para diseñar e implementar intervenciones con este colectivo son:

- a) Reducir el impacto de la enfermedad, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los sujetos y sus familias
- b) Promover la autonomía, participación y conservación de las capacidades del sujeto, ofreciendo los apoyos adecuados
- c) Innovar y adaptar las intervenciones de acuerdo con las necesidades de las personas con DCL y sus familias
- d) Potenciar la participación activa de las personas mayores en su entorno

El rol del psicopedagogo es fundamental en el contexto de las intervenciones integrales dada su labor en la optimización del desarrollo personal, el fomento del bienestar y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (Binotti et al., 2009). Los aportes de la psicopedagogía abarcan aspectos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención primaria a dificultades específicas, además de ejercer de punto de unión entre los diferentes agentes implicados (paciente, familia, cuidadores, sistema sanitario, etc.) (Vicente y Vila, 2018).

Siguiendo esta premisa, desde la psicopedagogía ha de trabajarse siempre de forma coordinada con todos los agentes en contacto con el sujeto al que se dirige la intervención, de manera que en los distintos ámbitos de desarrollo del individuo se dé una respuesta complementaria y acorde a un objetivo común. Esta coordinación que destacamos exige una atención integral e interdisciplinar (biológica, psicológica y social) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011); es decir, exige el abordaje del problema desde una perspectiva biopsicosocial.

En las terapias no farmacológicas para el DCL y otras demencias existe un gran número de profesionales implicados, debido a la complejidad de los trastornos, la afectación de las distintas esferas de la vida del sujeto, así como por la variedad de actividades que se incluyen en estos programas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). Por tanto, el éxito de las intervenciones psicopedagógicas depende no solo del individuo y del profesional que lleve a cabo la intervención, sino de todo el entorno (Martínez, 2017).

Este tipo de intervenciones se realizarán en contextos relacionados con las residencias de mayores, en centros de rehabilitación neuropsicológica o de estimulación cognitiva, en entidades públicas y privadas con campañas y programas de promoción del envejecimiento activo, así como en domicilios particulares que soliciten a profesionales cualificados llevar a cabo una intervención de este tipo.

Por otro lado, la formación del psicopedagogo le permite llevar a cabo la evaluación de distintos aspectos del funcionamiento del individuo a través de entrevistas, cuestionarios y pruebas de screening. Con la información obtenida a través de estas técnicas podemos constatar la sospecha de que se trata de un caso de deterioro cognitivo, pero el diagnóstico es función exclusiva de profesional especializado, bien un neuropsicólogo, un psicólogo clínico o un médico especialista en neurología. Sin embargo, el primer

cribado sí puede ser llevado a cabo por el psicopedagogo, siendo esta evaluación el paso previo a una valoración completa del estado del individuo que nos conducirá hacia un diagnóstico.

Además de la evaluación, el psicopedagogo es el profesional encargado de ofrecer pautas y recursos adaptados a las familias de los pacientes, así como asesoramiento sobre el abordaje del tratamiento en el hogar y orientación a lo largo de todo el proceso, tanto al individuo como a su familia.

### **3.5. El modelo biopsicosocial**

El modelo biopsicosocial fue un nuevo enfoque de intervención en salud propuesto por el psiquiatra George L. Engel en 1977. Este modelo holístico se propuso para dar respuesta a las limitaciones del modelo médico tradicional que dominaba en la época (Celorio et al., 2020).

Desde la perspectiva del modelo biopsicosocial se plantea que en el funcionamiento del individuo juegan un papel fundamental factores de carácter biológico, psicológico y social. Se caracteriza por ser un enfoque dinámico, integrador y sistémico en el que todos los factores interactúan e influyen en el desarrollo del individuo. La salud y la enfermedad se entiendan ahora como un continuo, desde un enfoque holístico de sistemas de interacción basado en la multicausalidad e interacción de variables (Celorio et al., 2020). La identificación de los distintos factores implicados es por tanto fundamental para llegar a un diagnóstico adecuado, así como para plantear la intervención y el tratamiento (Cuba-Fuentes et al., 2016).

Dentro de los factores biológicos se incluyen aquellos referidos a la propia biología del individuo (genética, anatomía, fisiología, etc.). Son los factores en los que se centraba el modelo médico tradicional.

Los factores psicológicos, por su parte, tienen que ver con el área más personal del individuo; sus pensamientos, emociones, intereses, actitudes, estilo de personalidad, procesos cognitivos, espiritualidad, estilo de afrontamiento, comportamientos y conductas, etc.

Por último, en lo referente a los factores sociales, se entienden como tales aquello que tiene que ver con el entorno social, familiar y laboral (clase social, nivel socioeconómico, redes de apoyo, situación familiar, empleo, comunidad y vivienda, etc.).

Otro aspecto clave de este modelo, en contraposición al modelo médico, es que ahora el individuo tiene un papel activo y responsable en su tratamiento y recuperación. Se considera desde la perspectiva biopsicosocial al individuo como el agente principal de cambio.

Belloch y Olabarria (1993) recogen de forma resumida los principios en los que se basa el modelo biopsicosocial:

- a) El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social.
- b) La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico (...) y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en constante interacción.
- c) El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad debe intentar tener en cuenta las tres tipos de variables.
- d) La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial.
- e) El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad debe realizarse en el marco de acciones integradas llevadas a cabo por profesionales especializados en cada uno de los tres grupos de variables.
- f) La salud (...) no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional, al igual que la enfermedad.

De acuerdo con estos principios, el bienestar general del individuo depende de su bienestar social, psicológico y físico o biológico, por lo que si nuestro objetivo de trabajo es mejorar la calidad de vida del individuo, se tienen que tener en cuenta las tres esferas, trabajando sobre el problema de forma contextualizada y atendiendo a las

necesidades específicas que se den en las distintas áreas de la vida de la persona. Esto supone plantear tratamientos e intervenciones que vayan de lo general a lo particular, partiendo de premisas generales que se adapten a la individualidad de cada caso, con un equipo multidisciplinar que atienda de forma específica las distintas áreas de intervención.

Tal como se comentó previamente en el punto anterior de este trabajo, el trabajo multidisciplinar es clave en este modelo de intervención y comprensión de las patologías. Si debemos abordar variables de distintas etiologías y correspondientes a diferentes ámbitos de trabajo, los profesionales deben pertenecer a distintas ramas de conocimiento y especialización para poder atender de manera adecuada el problema en su conjunto.

De acuerdo con Amigo (2015), el objeto de tratamiento será el conjunto de la persona y su entorno. Este enfoque no se centra exclusivamente en el paciente, sino que implica también a la familia y la comunidad en la que este se desenvuelve. Teniendo en cuenta todo lo explicado anteriormente, cada tratamiento ha de individualizarse para adaptarse a la realidad de los individuos, pues no existirán dos pacientes iguales, aunque el diagnóstico clínico del que partamos sea el mismo.

El modelo biosicosocial lo encontramos aplicado especialmente en el ámbito de la discapacidad, las enfermedades crónicas y la salud mental. Es por esto que en el presente trabajo se toma como punto de partida dicho modelo, pues nos parece el más adecuado para trabajar en el ámbito de la Gerontología y en concreto para el DCL. Este enfoque nos permite abarcar la problemática del DCL con una visión integradora de la vida del sujeto, incluyendo a la familia como agente fundamental en el tratamiento, así como todas aquellas áreas y factores relevantes en el desarrollo y evolución del trastorno.

## **4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **4.1. Justificación**

Una vez contextualizado y explicado en profundidad el concepto de DCL y las distintas metodologías de intervención con personas mayores, en el presente trabajo se desarrolla una propuesta de intervención que, partiendo desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, trata de abordar y dar respuesta a las necesidades identificadas en este colectivo y sus familias desde el ámbito de la psicopedagogía.

Para ello, la intervención se divide en tres procesos diferenciados: sesiones individuales con los pacientes con DCL, talleres grupales de pacientes con DCL y talleres para las familias.

Dados los beneficios que pueden aportar las distintas estrategias de intervención cognitiva (entrenamiento y estimulación) que se describiendo en el marco teórico, en la presente propuesta se van a emplear ambas metodologías. Por un lado, la estimulación cognitiva será la base del diseño de las sesiones individuales, lo cual nos permite trabajar de forma específica sobre aquellas áreas y dominios más afectados en cada caso. Y, por el otro lado, el entrenamiento cognitivo será la base de los talleres grupales dado que la intervención aquí es más inespecífica y nos permite trabajar simultáneamente otra serie de habilidades fundamentales para la autonomía de los mayores.

### **4.2. Objetivos**

El objetivo principal de esta propuesta es la de ofrecer una atención integral al paciente y su familia en el contexto de una intervención basada en el modelo biopsicosocial, con la aplicación de distintas metodologías y recursos.

De forma más específica, la propuesta de intervención trata de cumplir los siguientes objetivos:

- a) Retrasar, mediante estrategias de entrenamiento cognitivo y la estimulación de las capacidades preservadas, el deterioro cognitivo del individuo.

- b) Mejorar la calidad de vida de las personas con Deterioro Cognitivo Leve, promoviendo sus habilidades y capacidades en un entorno integrador, así como la de sus familias.
- c) Diseñar e incluir en la intervención actividades específicas para entrenar los dominios cognitivos de atención, memoria y funciones ejecutivas, como principales dominios afectados en esta patología.
- d) Desarrollar y potenciar habilidades y capacidades que puedan estar en desuso y que no estén afectadas por el deterioro.
- e) Optimizar el funcionamiento cognitivo del individuo a través de la adquisición de nuevas habilidades y estrategias de aprendizaje, basándonos en el concepto de reserva cognitiva.
- f) Elaborar un programa de intervención que pueda adaptarse y aplicarse de manera individualizada, teniendo en cuenta las distintas capacidades, habilidades e intereses de los sujetos, así como la gravedad de la patología y su posible evolución.
- g) Dotar a la familia de los pacientes con DCL de información y recursos para adecuar la respuesta en el hogar, fomentando la coordinación con la entidad para trabajar con un objetivo común.
- h) Servir de espacio para el fomento del contacto social positivo, favoreciendo la creación de nuevas redes de apoyo social y emocional tanto para los sujetos con DCL como para sus familias.

Cada actividad que compone este programa tiene un objetivo o una serie de objetivos específicos; todos ellos complementarios. El desarrollo de determinadas habilidades supone el desarrollo de otras relacionadas y, como vimos previamente en el marco teórico, los dominios cognitivos de atención, memoria y funciones ejecutivas se encuentran en estrecha relación, de tal modo que los déficits en una parte afectan a las demás, y lo mismo en el caso del entrenamiento. Partiendo de esta premisa, se trata de entrenar de forma conjunta los distintos dominios cognitivos para finalmente lograr un enlentecimiento de la pérdida de capacidad general asociada al diagnóstico de DCL, mejorando la calidad de la vida de las personas y sus familias.

### **4.3. Destinatarios**

La población diana para la que está diseñada esta propuesta de intervención son personas mayores con diagnóstico de DCL o bajo sospecha de tener alguna alteración cognitiva que pueda estar asociada a esta patología.

El perfil de estos pacientes puede ser muy variado, sin diferencias entre sexos y siendo estadísticamente más probable encontrar sujetos de mayor edad con esta patología, ya que como se citaba inicialmente, la edad es el principal factor de riesgo del DCL.

La propuesta se dirige a un grupo reducido de individuos que acuden a un centro de neuropsicología en el que reciben tratamiento tanto de manera individual como grupal.

Por otro lado, se interviene también de manera directa con las familias para aportarles los recursos y la información necesaria para la adaptación en el hogar a la sintomatología del DCL, ofreciendo estrategias y herramientas específicas para aplicar en casa que complementen la intervención específica de los profesionales.

### **4.4. Metodología**

La propuesta de intervención se realiza partiendo del modelo biopsicosocial, por lo que las actividades incluidas en el programa tratan de dar respuesta a todas las esferas de la vida del sujeto. De acuerdo con este modelo y con el concepto integral de intervención que queremos plasmar en este trabajo, los principios metodológicos en los que se basa esta intervención con personas mayores son (Rodríguez, 2010):

- a) Individualidad: la atención ha de ser individualizada, adaptando la intervención a las necesidades específicas y características personales
- b) Integralidad: de acuerdo con el modelo biopsicosocial, se trata de atender al conjunto de necesidades del sujeto
- c) Inclusión social: derecho a tener espacios de participación social
- d) Independencia: mejorar la funcionalidad y potenciar el bienestar general del individuo
- e) Autonomía: derecho a mantener el control de su propia vida
- f) Participación: participar en la toma de decisiones sobre el proceso

- g) Continuidad de la atención: la intervención ha de adaptarse a las circunstancias cambiantes
- h) Interdisciplinariedad: el trabajo en equipo como elemento clave de la intervención, actuando con valores y objetivos compartidos y actuaciones coordinadas.
- i) Interés y motivación: para lograr una intervención efectiva han de seleccionarse actividades que generen interés, curiosidad y cierto nivel de motivación.

Partiendo de estos principios y para dar respuesta a todos ellos, se distinguen tres tipos de actividades en la intervención. En primer lugar, actividades que se realizan de manera individualizada y personalizada para atender a las necesidades específicas del perfil cognitivo de cada individuo. En segundo lugar, actividades grupales que permiten tanto el entrenamiento cognitivo como el trabajo de aspectos sociales y emocionales, y, por último, los talleres con familias para facilitar el manejo de la sintomatología en el hogar y complementar el trabajo específico de los profesionales desde el ámbito doméstico. En resumen, la intervención consta de tres tipos de metodologías:

- a) Sesiones individuales de entrenamiento cognitivo para pacientes con DCL
- b) Talleres grupales de estimulación cognitiva para pacientes con DCL
- c) Talleres para familias de pacientes con DCL

Por otro lado, las actividades se presentan en diferentes formatos; tareas de papel y lápiz, aplicaciones TIC y juegos tradicionales. La combinación de estas metodologías puede aportar grandes beneficios, así como paliar las limitaciones que cada una de ellas presenta por separado, permitiendo el diseño de sesiones dinámicas y motivadoras.

La utilización de las TIC en la vejez nos ofrece la posibilidad de realizar intervenciones individualizadas que se ajustan de manera automática al rendimiento del individuo. Nos permiten llegar a más pacientes con menos recursos y no requiere de personal cualificado para su aplicación. También suponen ciertas limitaciones por la falta de conocimiento, manejo y uso de estas herramientas en el grupo de población con el que estamos tratando. En ocasiones este desconocimiento puede llevar al rechazo o al temor por las mismas, lo que limitaría inicialmente su aplicación en la intervención con personas mayores.

Sin embargo, el mayor inconveniente que hemos encontrado para la aplicación de las TIC es que, a pesar de que existen diferentes programas y aplicaciones web dirigidos a trabajar con personas con deterioro cognitivo, la mayor parte de ellas son de pago, lo que implica un incremento de los costes de la intervención. Por ello, las aplicaciones y páginas web que se han elegido para esta intervención son gratuitas y accesibles desde distintos dispositivos (tablets u ordenadores con acceso a internet).

Las actividades en papel y lápiz son las más utilizadas tradicionalmente y, al igual que las TIC, podemos adaptarlas por niveles de dificultad e incluso por intereses y temáticas a cada individuo. La limitación en este caso es la necesidad de una corrección manual que implica mayor tiempo y dedicación, así como la monotonía de las tareas que puede conducir al aburrimiento y, por tanto, a un menor rendimiento por la falta de motivación. Además, en este caso se requiere la participación activa de un profesional cualificado y especializado en el manejo de estos recursos.

Por último, los juegos y talleres son métodos realmente útiles para poner en marcha mecanismos de actuación que ya poseen y fomentar al mismo tiempo el entrenamiento de las capacidades deterioradas de una forma dinámica y lúdica. Estas metodologías tienen un importante componente social, mejorando las habilidades interpersonales e incrementando las relaciones sociales positivas.

Las actividades se presentarán intercaladas, de modo que en cada sesión de entrenamiento cognitivo se trabajen diferentes dominios con distintas metodologías de aplicación (papel y lápiz, juegos y recursos digitales). El objetivo que se pretende conseguir con esto es mantener la motivación y la concentración de los sujetos durante toda la sesión, así como evitar la fatiga e intercalar actividades que puedan ser más costosas a nivel cognitivo con otras que, a priori, resultan más sencillas.

Las sesiones individuales tienen una estructura fija que se mantiene para todos los usuarios, tal como se presenta a continuación, en 1 hora de duración:

- a) 10 minutos iniciales: toma de contacto, preguntar qué tal se encuentra y que cuente una cosa interesante o algo que haya hecho en los días entre sesiones (fortalecemos vínculo terapéutico).
- b) 20 minutos: actividades de papel y lápiz
- c) 15 minutos: actividades TIC

d) 15 minutos: juego

La flexibilidad y adaptación a las necesidades del momento concreto del sujeto serán algo característico de esta intervención, por lo que si el profesional a cargo de la sesión considera más beneficioso modificar dicha estructura en un momento dado, tiene libertad para hacerlo siempre que se mantenga el mismo objetivo de trabajo. Los profesionales a cargo de estas sesiones serán psicólogos, neuropsicólogos o psicopedagogos especializados.

Sin embargo, los talleres grupales con los sujetos con DCL tendrán estructuras diversas en función de la temática o el objetivo que se persiga en cada sesión, siendo la duración de 1 hora o 1 hora y media. Son actividades más dinámicas y flexibles, en las que se busca también el contacto social, por lo que al inicio se hará siempre una ronda de presentación para recordar los nombres de todos los participantes. En este caso serán dirigidos de forma general por los psicopedagogos.

En cuanto a los talleres con las familias, estas también estarán sujetas al objetivo concreto de cada sesión, siendo la duración de 1 hora aproximada, incluyendo el desarrollo y exposición de los contenidos específicos de cada sesión y una ronda de debate, puesta en común de opiniones y/o aclaración de dudas al final de la misma. Dependiendo del contenido de la sesión, se incluirá la participación de especialistas de la neurología, psicología o psicopedagogía.

#### **4.5. Temporalización**

El programa se diseña para ser implementando durante 6 meses (Octubre-Marzo) pero, en este caso, al no haber podido ser llevado a cabo de manera práctica, puede ajustarse tanto la planificación de las actividades como la duración de la intervención a un contexto específico real.

La planificación de las actividades que componen el programa combina los talleres grupales con las sesiones individuales, de manera que se facilita la participación de los usuarios en ambas actividades. Las sesiones individuales serán dos semanales, mientras que los talleres grupales se realizan una vez cada 15 días.

Del mismo modo, con las familias se trabaja tanto de forma individualizada como grupal. Para facilitar el compromiso de las familias se plantea realizar las sesiones familiares al mismo tiempo que las sesiones con los pacientes. De esta forma los costes de desplazamiento son menores y promovemos la inclusión de la familia en el tratamiento del paciente. Inicialmente partimos de una sesión cada dos semanas con las familias por separado, pudiendo adaptarse la frecuencia de las mismas a las necesidades concretas de cada caso. Los talleres grupales para las familias se planifican para el último viernes de cada mes.

La temporalización de un mes promedio seguiría la siguiente planificación:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

Talleres familiares
Sesiones individuales DCL
Talleres grupales DCL

#### 4.5.1. Fases de la intervención

##### 1) Entrevista inicial: demanda y detección de necesidades

Cualquier intervención que realicemos debe partir siempre de una demanda por parte del sujeto o su familia en la que se especifica una necesidad o problemática detectada. En el ámbito de las personas mayores es frecuente que la queja venga por parte de la familia, aunque con frecuencia también llegan por recomendación de los centros de

salud de atención primaria, donde acuden previamente y quienes, en caso de detectar cualquier déficit, serán los encargados de derivar a especialistas del ámbito de la neuropsicología o neurología para llevar a cabo una evaluación completa.

Por tanto, a una consulta de carácter privado los pacientes pueden llegar o bien con un informe neuropsicológico ya realizado por un especialista del sistema público de salud, o sin dicho informe y con la mera sospecha de la familia de que ocurre algo a nivel cognitivo que no está funcionando como cabría esperar.

En ambos casos, la primera sesión que llamaremos “entrevista inicial” tendrá como objetivo recabar tanta información como sea posible, siempre y cuando sea relevante para el caso, acerca de las dificultades manifestadas en el hogar, cambios en los últimos meses en las habilidades del sujeto, percances que hayan podido ocurrir, antecedentes familiares, otras enfermedades neurológicas que puedan estar asociadas, así como todo lo relativo a las pruebas médicas (resonancias, análisis, evaluaciones neurológicas, etc.) que se le hayan hecho al sujeto a lo largo de la vida, siendo las de los últimos años las más relevantes. Estos datos se recogen principalmente a través de preguntas abiertas al paciente y su familia y con la recogida de informes escritos.

Lo que se pretende con esta información es realizar una anamnesis, es decir, reconstruir a través de los datos la historia clínica del individuo para llegar a un diagnóstico. En esta entrevista inicial no buscamos el diagnóstico, sino establecer, en base a las pruebas recogidas y al testimonio de la familia y el propio sujeto, cuáles son las necesidades que ellos plantean, las detectadas por otros profesionales y las sospechas que nosotros como profesionales de la psicopedagogía, en conjunto con el equipo multidisciplinar, podemos tener para plantear una evaluación completa.

## **2) Evaluación: obtención del perfil cognitivo**

Si contamos con un informe neuropsicológico previo esta fase de la intervención no será necesaria, salvo que queramos comprobar o contrastar la información que nos ofrece dicho informe (especialmente necesario si el periodo de tiempo que ha transcurrido desde la elaboración del informe hasta la actualidad consideramos que es significativo o que no se ajusta a la información ofrecida por la familia).

En el caso de no contar con ningún tipo de evaluación previa, debemos plantear una evaluación completa que nos de información de todos los dominios cognitivos que

hemos descrito previamente, así como de aspectos emocionales para descartar posibles alteraciones en el estado de ánimo que estén afectando al normal funcionamiento cognitivo del sujeto. También se debe realizar una aproximación a través de preguntas abiertas a la situación social y familiar del individuo, para tener un mayor conocimiento de su ambiente cotidiano y de sus redes de apoyo.

Para llevar a cabo esta evaluación partimos de una primera prueba de screening que nos dará una idea aproximada de cuáles son las áreas donde el sujeto presenta más dificultades. Para ello se utilizará el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) para confirmar o descartar la existencia de deterioro cognitivo, el cual puede verse en el Anexo 2 y que se ha explicado previamente en la fundamentación teórica.

Aunque las pruebas de screening puedan ser aplicadas por distintos perfiles profesionales formados para tal función, la interpretación de los resultados y el diagnóstico solo puede ser llevado a cabo por un neuropsicólogo o psicólogo clínico especializado. Así mismo, las pruebas de evaluación específicas para los distintos dominios cognitivos solo pueden aplicarse por parte de los mencionados perfiles profesionales.

Para completar la información obtenida en la prueba de cribado, se utilizan distintas herramientas de evaluación que nos permiten ampliar la información sobre las áreas afectadas así como evaluar otros aspectos que nos indicarán si existen alteraciones a nivel emocional o social.

En este caso se deciden utilizar los siguientes test de evaluación, por su eficacia demostrada y su sencilla aplicación. En el Anexo 4 se adjunta una breve explicación de cada una de las pruebas:

- a) Test de Wisconsin para evaluar funciones ejecutivas (Anexo 5)
- b) El TAVEC para evaluar memoria y aprendizaje (explicación en Anexo 1)
- c) El test Stroop para evaluar atención y funciones ejecutivas (Anexo 6)
- d) La Escala de Lawton y Brody para valorar el nivel de independencia que tiene el sujeto para realizar las Actividades de la Vida Diaria (Anexo 7)
- e) Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), para valorar el estado emocional de los sujetos en aquellos casos que sospechemos de alteraciones emocionales (Anexo 8)

- f) Cuestionario WHOQOL-BREF que evalúa la calidad de vida percibida (Anexo 9)

La aplicación de los diferentes test junto con la información proporcionada por los familiares y el propio paciente, nos permite obtener un perfil completo de las áreas que están más afectadas a nivel cognitivo, emocional, familiar y social, y, por ende, un diagnóstico claro.

### **3) Intervención**

Una vez detectadas las necesidades específicas y realizada la primera evaluación, se inicia el proceso de intervención propiamente dicho. Como se explicó previamente, la intervención consta de tres bloques: sesiones individuales, talleres grupales y talleres para las familias. Las actividades que componen cada uno de estos bloques se describirán detalladamente en el siguiente apartado del documento (4.6).

Es importante destacar que la intervención está siempre sujeta a la evolución de cada caso, siendo un proceso que parte de unos principios y herramientas generales pero que ha de ir adaptándose a las necesidades de cada paciente, teniendo como base los principios del modelo biopsicosocial.

La intervención familiar va en paralelo a la individual, tratando de ajustar el contenido de los talleres programados a las necesidades reales de los pacientes y sus familias, así como al momento de la patología en el que se encuentran. Los tres bloques por tanto se complementan de forma que atendemos todas las necesidades que pueden presentar estos pacientes y su entorno.

Con respecto a la coordinación y el trabajo multidisciplinar, será clave para el correcto desarrollo del proceso de intervención, ya que en las distintas actividades participan diferentes perfiles profesionales que deben permanecer en contacto estrecho para valorar las posibles dificultades y avances y adecuar la respuesta terapéutica que se da en cada caso.

Las herramientas y metodologías empleadas para llevar a cabo esta intervención se han descrito previamente en el apartado Metodología y en cada uno de los bloques se explicará de forma específica qué objetivos se pretenden trabajar y cómo se hará.

### **4) Seguimiento**

Durante los 6 meses que dura la intervención es importante llevar a cabo evaluaciones de seguimiento para observar cuál es la evolución del deterioro cognitivo, así como para detectar otras posibles dificultades que hayan surgido durante el proceso. Al tratarse de una patología relacionada con un trastorno neurodegenerativo, este paso es fundamental dentro del proceso de intervención.

En este caso se plantea la evaluación de seguimiento a los 3 meses, coincidiendo con la mitad del transcurso de la intervención. En esta evaluación se utiliza de nuevo el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y se compara el rendimiento con lo obtenido en la evaluación inicial (comparación pretest-postest). Como se comentó, es una prueba sencilla y de rápida aplicación que nos permite realizar esta evaluación en el transcurso de las sesiones individuales ya establecidas.

Si hay sospecha de dificultades a nivel emocional o en alguno de los dominios cognitivos en concreto, se llevará a cabo la evaluación del área concreta con las pruebas específicas para ello.

Además, debemos tener en cuenta que durante estos meses pueden aparecer otras patologías o dificultades asociadas a la edad, por lo que debemos estar atentos a todas aquellas variables que puedan estar influyendo en el desarrollo de la intervención y solicitar evaluaciones externas (revisiones médicas, oftalmológicas, etc.) a los pacientes o sus familias si lo consideramos necesario, para descartar la influencia de dichas variables en los resultados de la intervención.

Por último, el contacto con las familias será una herramienta muy útil para realizar el seguimiento en el día a día, sobre todo en lo que respecta a la independencia y autonomía, las relaciones sociales y las actividades de la vida diaria. También el feedback directo que nos ofrezcan en las sesiones las personas afectadas con DCL ha de tenerse en cuenta para la detección de nuevas problemáticas y controlar la evolución del deterioro.

## **5) Evaluación final**

La evaluación correspondiente al final de la intervención sería la última fase propiamente dicha de la intervención, pues es necesario comprobar la eficacia de la propuesta así como la consecución de los objetivos señalados al inicio de la misma.

Este apartado se describirá detalladamente en el último apartado de la propuesta, correspondiente al punto 4.7.

## **4.6. Actividades**

### **4.6.1. Sesiones individuales de entrenamiento cognitivo**

Como se explicó previamente, el entrenamiento cognitivo se basa en la mejora a través de la práctica repetida, por lo que los ejercicios se repetirán a lo largo de las sesiones, en sus distintas variantes, adaptando la complejidad y exigencia al progreso de cada individuo. No todos los individuos presentarán los mismos déficits, por lo que debemos centrar esta parte de la intervención en aquellos dominios más afectados en cada caso.

De acuerdo a los principios del modelo biopsicosocial, estas sesiones serán individualizadas y personalizadas para atender las necesidades específicas de cada caso, partiendo de los objetivos a) y c) de la propuesta, que consisten en reducir o enlentecer el proceso de deterioro a través de actividades específicas para el entrenamiento de los dominios más afectados en el DCL (memoria, atención y funciones ejecutivas).

Todas las actividades se acompañarán de las explicaciones pertinentes así como de estrategias para solucionar de forma más efectiva las distintas tareas, explicando de forma clara y sencilla técnicas de resolución de problemas y consejos para realizar las actividades de manera adecuada, como puede ser la importancia de detenerse y pensar antes de responder, diferentes métodos de organizar la información, pautas para la resolución de problemas, etc.

Estas sesiones serán llevadas a cabo por un psicólogo, neuropsicólogo o psicopedagogo especializado en el ámbito de la gerontología y entrenado para llevar a cabo las distintas actividades, así como la valoración de las sesiones y la evolución del progreso de cada sujeto.

Para el diseño de las actividades se parte de ideas previas observadas en materiales específicos como los cuadernos que podemos encontrar en diferentes webs o tiendas (cuadernos Ágilmente o cuadernos Esteve, entre otros), en recursos web o en trabajos vistos a lo largo de la elaboración de la fundamentación teórica, así como en mis

propios conocimientos y experiencias previas en el ámbito de la Psicología y la intervención psicopedagógica.

### **Actividades de papel y lápiz**

#### **Actividad 1. *¿Qué ves?***

- *Descripción:* Se presenta una imagen con una escena determinada y se le pide al sujeto que preste atención a lo que ve. Después de 2 minutos de observación, se retira la imagen y se le pide que describa lo que ocurría en la escena y todos los detalles que recuerde (cuantos personajes hay, que hace cada uno, en qué lugar se encuentran, etc.).
- *Trabaja:* memoria a largo plazo, atención selectiva, vocabulario y expresión oral.
- *Recursos materiales:* láminas de distintas escenas y cronómetro.



Figura 3. Ejemplo de escena para la actividad. Lámina del Test de Boston (1996)

#### **Actividad 2. *Generador de palabras.***

- *Descripción:* en un folio se presentan una serie de letras aleatorias, previamente seleccionadas por el profesional, con las que el sujeto debe formar todas las palabras que se le ocurran, sin utilizar otras letras no presentes. Se establece un límite de tiempo de 2 minutos y las respuestas pueden darse o bien de forma oral (el profesional anota las palabras) o de forma escrita en el mismo folio.

- *Trabaja:* funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, vocabulario, atención selectiva.
- *Variante:* en lugar de presentar las letras por escrito, se utilizan unos dados que en lugar de números tienen letras en sus caras. El sujeto lanzará los dados y con las letras obtenidas tendrá que formar palabras de manera manipulativa (colocando los dados en el orden correcto para formar las palabras).
- *Recursos materiales:* Papel y lápiz, dados con letras.

### Actividad 3. Señala el intruso.

- *Descripción:* se dan una serie de imágenes o palabras que pertenecen a una misma categoría, salvo uno. El sujeto tiene que identificar cuál es el intruso que no pertenece a dicha categoría. Se pueden incluir categorías de elementos de la vida cotidiana (utensilios de cocina, ropa, alimentos, etc.) para añadir mayor significatividad a la tarea.
- *Trabaja:* atención selectiva, razonamiento lógico, toma de decisiones y categorización semántica.
- *Recursos materiales:* fichas con las categorías.

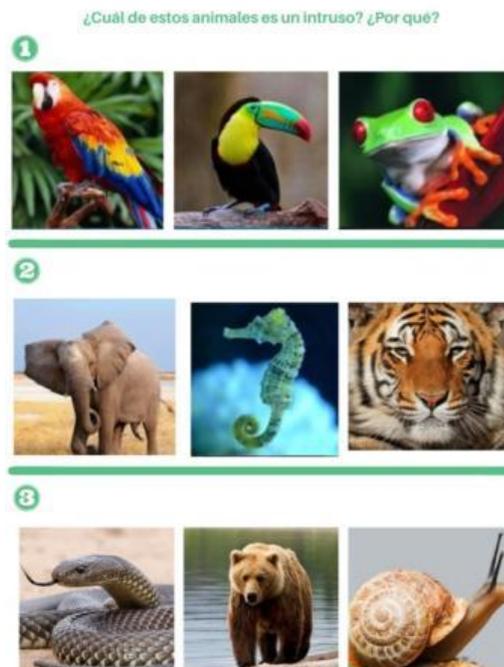


Figura 4. Ficha del ejercicio *Señala el intruso*.

#### Actividad 4. Y ahora, ¿qué?

- *Descripción:* el objetivo de esta tarea consiste en ordenar diferentes viñetas que compongan una historia lógica. Se ofrecen las viñetas desordenadas y el sujeto tiene que colocarlas en el orden correcto para formar la historia.
- *Trabaja:* funciones ejecutivas (planificación y secuenciación de acciones, memoria de trabajo), razonamiento lógico.
- *Variante:* en lugar de presentar estímulos visuales como las viñetas, se presentan fragmentos de un texto que componen la historia. La complejidad es mayor y añadimos el trabajo de la comprensión lectora.
- *Recursos materiales:* viñetas que conformen una historia.

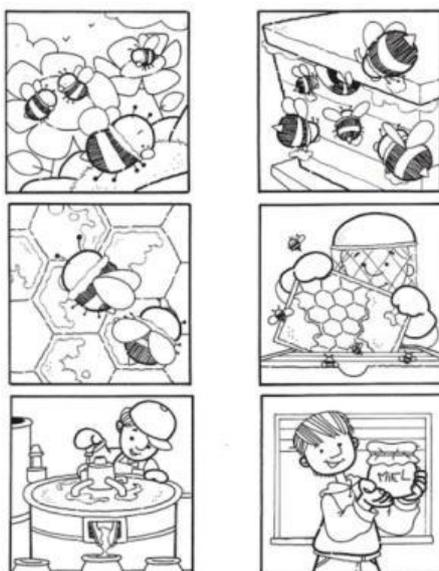


Figura 5. Secuencia de viñetas.

#### Actividad 5. Código de colores

- *Descripción:* se presentan en una ficha diferentes palabras, las cuales empiezan todas por una serie de letras como puede verse en la Figura 6. La actividad consiste en que el sujeto coloree las palabras en función de la letra con la que comienzan, de acuerdo al código de colores que se presenta.
- *Trabaja:* discriminación visual, funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición), atención selectiva.
- *Recursos materiales:* ficha y lápices de colores.



Figura 6. Actividad *Código de colores*. Tomado del Cuaderno Ágilmente (2015)

### Actividad 6. *El refranero*.

- *Descripción*: esta actividad consiste en completar refranes populares de nuestra cultura. Presentamos por escrito la primera parte del refrán, por lo que el sujeto tiene que recordar cómo continúa. Cuando completa un refrán, preguntamos al usuario cuál es el significado del mismo, si es que lo conoce, o en qué ocasiones de la vida cotidiana podemos emplearlo, ejemplificando situaciones concretas, enlazando así la actividad con la vida diaria.
- *Trabaja*: memoria a largo plazo, conocimientos generales, motricidad fina.
- *Variante*: el modo de presentación de los refranes puede ser de manera oral, de forma que trabajaremos la memoria auditiva.
- *Recursos materiales*: Ficha con refranes incompletos, lápiz.

<i>El Refranero</i>	
1)	No hay mal que.....
2)	A buen entendedor,.....
3)	A Dios rogando y con.....
4)	Caballo grande,.....
5)	Dime de qué presumes y.....
6)	Donde hay patrón, no.....
7)	Cree el ladrón que.....
8)	Más sabe el diablo por.....

9) A rey muerto,.....  
 10) El que parte y reparte,.....

Figura 7. Ficha con refranes incompletos.

**Actividad 7. Sustitución de símbolos**

- *Descripción:* en este caso se trata de sustituir una serie de símbolos por números siguiendo las instrucciones que se dan al inicio, en las que se indican las sustituciones que han de hacerse. Se añade además una tarea de cálculo al final para complementar la actividad.
- *Trabaja:* atención, memoria de trabajo, cálculo mental.
- *Variante:* el código de sustitución puede variarse y utilizar letras en lugar de números para formar una frase.
- *Recursos materiales:* fichas, lápiz y goma.

**Ejercicio de atención**

- Ponga un 1 debajo de ♥

- Ponga un 2 debajo de ♣

♣	♣	♥	♣	♥	♣	♣	♥	♣	♠	
♠	♠	♣	♠	♣	♠	♥	♣	♣	♣	
♣	♠	♣	♥	♣	♠	♣	♥	♣	♣	
♣	♣	♠	♠	♥	♣	♠	♠	♥	♣	
♥	♣	♣	♠	♣	♣	♠	♠	♣	♥	
♠	♠	♣	♣	♣	♣	♠	♠	♠	♣	

Una vez haya acabado, repáselo y anote la suma de números de cada línea y el total de todo el ejercicio. **TOTAL:** .....

Figura 8. Actividad de atención del cuaderno Esteve 1 (2008).

**Actividad 8. Vocabulario**

- *Descripción:* en un límite de tiempo de 1 minuto, se da la instrucción al sujeto de decir tantas palabras como pueda (reales, no inventadas) que sigan la orden dada. La consigna a seguir puede ser la letra de inicio de las palabras, que todas las palabras contengan una determinada letra o que pertenezcan a una categoría semántica concreta. Las palabras válidas serán contabilizadas por el profesional a cargo de la sesión.
- *Trabaja:* memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, fluidez verbal.
- *Recursos materiales:* cronómetro.

### **Actividad 9. Sopa de imágenes**

- *Descripción:* el sujeto debe buscar en un tablero tamaño DIN-A3 (Figura 9) los modelos que se le dan manteniendo la orientación y el orden de los colores. Se trata por tanto de localizar la secuencia exacta entre otros estímulos que actúan como distractores.
- *Trabaja:* funciones ejecutivas y atención selectiva.
- *Recursos materiales:* tablero y modelos.

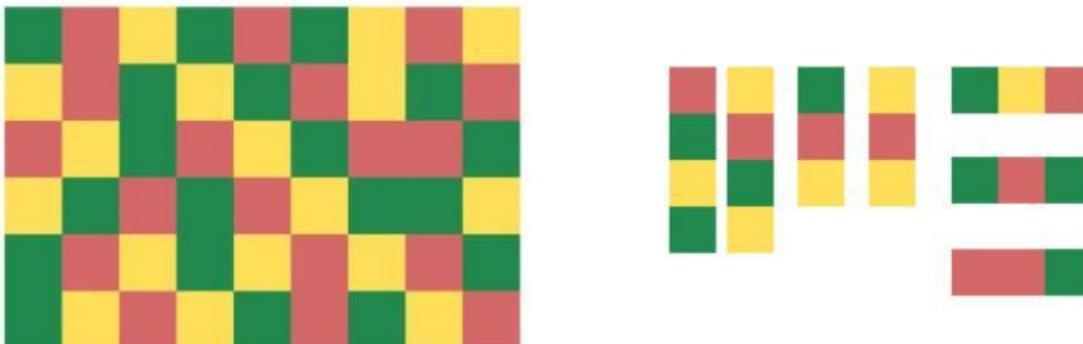


Figura 9. Tablero y modelos para la actividad.

### **Actividad 10. Lectura señalada**

- *Descripción:* La actividad consiste en atender y anotar el número de veces que aparece una palabra concreta en un texto leído en voz alta. La palabra elegida debe repetirse en varias ocasiones a lo largo del texto. Antes de empezar a leer,

el coordinador de la actividad le dice al sujeto que tiene que prestar atención a la lectura y apuntar o contar mentalmente (a elección del sujeto) cuantas veces aparece en el texto una palabra determinada. El psicopedagogo realiza la lectura en voz alta, sin pausas. Al terminar comprueban el número de aciertos. Puede repetirse la lectura una segunda vez si en el primer intento ha habido omisiones.

- *Trabaja*: atención sostenida y selectiva, memoria de trabajo.
- *Recursos materiales*: texto de lectura, papel y lápiz.

### Actividad 11. *Comprensión y retención*

- *Descripción*: a través de la lectura de textos de distinta complejidad podemos trabajar diferentes aspectos si pedimos al sujeto que preste atención durante la lectura y posteriormente le hacemos preguntas relativas al contenido del mismo. En la Figura 10 se ejemplifica un ejercicio de esta tipología.
- *Trabaja*: atención sostenida, memoria, comprensión lectora.
- *Recursos materiales*: texto de lectura, lápiz y goma.

Nombre y apellidos: ..... Fecha: .....

<b>Memoria</b>	<b>6</b>	MEMORIA EPISÓDICA
		Nivel de dificultad: medio-alto

**Instrucciones:** explíquelo que van a realizar un ejercicio de memoria acerca de un texto. Pídale que lo lea detenidamente más de una vez y que intente recordarlo porque luego deberá responder a diversas preguntas:

Antonio Machín, nacido en Cuba, hijo de emigrante gallego y cubana, inició su carrera musical en La Habana, en 1920. Pero el gran éxito no le llegó hasta nueve años después con la canción *El Manisero*.

En 1939 visita por primera vez España, país en el que desarrollará toda su carrera. Acompañándose de sus maracas, con títulos tan célebres como *Dos gardenias*, *Madrecita*, *Angelitos negros*...

Tape el texto y pregúntele:

- ✓ ¿De qué personaje trata el texto?
- ✓ ¿Dónde nació?, ¿de qué nacionalidad eran sus padres?
- ✓ ¿En qué año inició su carrera musical?
- ✓ ¿Con qué canción alcanzó el éxito musical?
- ✓ ¿En qué año vino a España?
- ✓ ¿Recuerda el título de alguna de sus canciones?

Figura 10. Actividad tomada Cuadernos de Repaso (Tárraga y Boada, 2004)

### Actividad 12. Categorías al gusto

- *Descripción:* para esta actividad es el propio sujeto el que tiene que decidir qué criterio va a seguir para categorizar los objetos que se le presentan, con la única condición de que no puede cambiar la premisa hasta el final, cuando todos los objetos estén categorizados. Es decir, si decide ordenar por colores, debe seguir ordenando por colores hasta que termine. La categoría es de su libre elección siempre y cuando sean categorías lógicas (colores, utilidad, formas, etc.). Pueden utilizarse fichas como las presentadas en la Figura X o materiales manipulativos (lápices de colores, cartulinas, gomas de pelo, pelotas, etc.).
- *Trabaja:* funciones ejecutivas, discriminación visual.
- *Variante:* la principal variante de esta tarea consistiría en que es el profesional quien da la instrucción a seguir para realizar las categorías.
- *Recursos materiales:* objetos o tarjetas con dibujos de diferentes categorías.

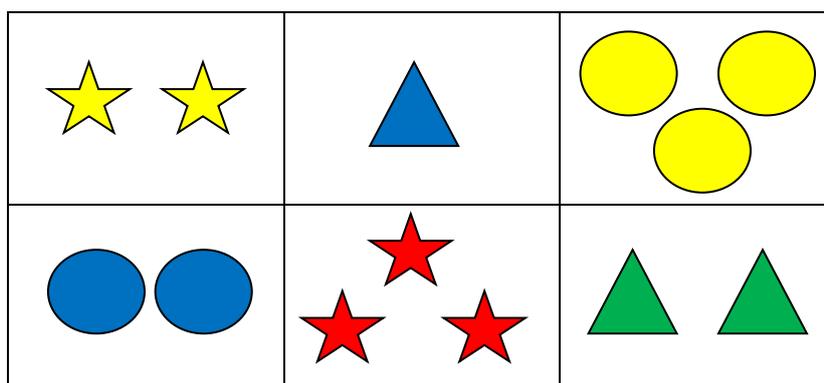


Figura 11. Tarjetas para clasificar siguiendo distintos criterios, basadas en el Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (1997).

### Actividad 13. Resumen de noticias.

- *Descripción:* de forma conjunta, paciente y psicopedagogo leen 2 o 3 noticias del periódico del día. Una vez leídas, el psicopedagogo le pedirá al sujeto que le cuente de forma resumida en qué consistía concretamente una de las noticias.
- *Trabaja:* comprensión lectora, memoria a largo plazo, memoria de trabajo, capacidad de síntesis, expresión oral.

- *Recursos materiales:* periódico o recurso digital (tablet u ordenador) para acceder a un periódico en línea.

#### Actividad 14. *¿Qué hora es?*

- *Descripción:* En este caso el objetivo consiste en marcar las horas de determinadas actividades de la vida diaria del sujeto, siguiendo las instrucciones. El paciente debe mover las manecillas del reloj manipulativo para marcar la hora que previamente ha dicho en voz alta.
- *Trabaja:* funciones ejecutivas, manejo de las horas.
- *Recursos materiales:* reloj manipulativo y ficha.

Funciones ejecutivas		ESTIMACIÓN TEMPORAL
5		Nivel de dificultad: bajo
<b>Material:</b> un reloj.		
<b>Instrucciones:</b> explíquelo que van a realizar un ejercicio con un reloj en el que él/ella deberá cambiar las horas según sus indicaciones. Pídale que coloque las manecillas del reloj de manera que:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Marque la hora en la que se levanta</li> <li>✓ Marque una hora antes de la que se levanta habitualmente</li> <li>✓ Marque la hora en la que desayuna</li> <li>✓ Marque la hora en la que realiza habitualmente sus actividades de la mañana (ir a la compra, al gimnasio...)</li> <li>✓ Marque la hora en la que come habitualmente</li> <li>✓ Marque la hora en la que realiza habitualmente sus actividades de tarde (paseos, compras, visitas...)</li> <li>✓ Marque la hora en la que se ducha</li> <li>✓ Marque la hora en la que se acuesta habitualmente</li> </ul>		

Figura 12. Ficha de la actividad 13. Tomado de Cuadernos de Repaso (Tárraga y Boada, 2004)

#### Actividad 15. *Encuentra las diferencias.*

- *Descripción:* se trata de la clásica actividad de búsqueda de diferencias entre dos imágenes similares. Se pide al sujeto que busque el número exacto de

diferencias que se indica, señalando con una marca cada una de ellas. En el caso de la actividad diseñada y presentada en la Figura 13, son 7 las diferencias a identificar.

- *Trabaja:* atención selectiva, discriminación visual.
- *Recursos materiales:* fichas de búsqueda de diferencias, lápiz y goma.



Figura 13. Ficha de búsqueda de diferencias.

### Actividad 16. *Búsqueda guiada*

- *Descripción:* el sujeto debe seguir la instrucción de rodear todas aquellas palabras que estén relacionadas con partes del cuerpo humano en una ficha como la que se presenta en la Figura 14.
- *Trabaja:* funciones ejecutivas, atención selectiva y concentración.
- *Variante:* las consignas que se dan a los usuarios pueden ser diferentes cada vez que se quiera realizar esta actividad (letra inicial, número de sílabas, etc.).
- *Recursos materiales:* ficha con el ejercicio, lápiz y goma.

Calle	Ventilador	Boca	Camiseta	lámpara
Melocotón	Espalda	Teatro	Pulgar	Abeto
Medicina	Carretera	Jersey	Barco	Estómago
Ojo	Duende	Pie	Restaurante	Marrón

Bañera	Ombbligo	Espejo	Cuello	Elefante
Rodilla	Semáforo	Espalda	Puerta	Corazón

Figura 14. Ejercicio de búsqueda guiada.

**Actividad 17. Fechas señaladas.**

- *Descripción:* en este caso se trabajan días festivos o popularmente conocidos por todos. Se trata de asociar la fecha dada (por ejemplo, 31 de Diciembre) con la celebración correspondiente (“Nochevieja”). Aquí es importante discriminar cuales pueden ser errores reales por dificultades en la memorización y cuales son errores por desconocimiento real de dichas fechas.
- *Trabaja:* memoria a largo plazo.
- *Variante:* presentar en una columna las fechas y en la columna de la derecha el nombre de la festividad, de manera que la tarea consistiría en el reconocimiento y no en el recuerdo, facilitando así la ejecución.
- *Recursos materiales:* ficha, lápiz y goma.

***¿Qué celebramos?***

- **31 de Diciembre →**
- **1 de Mayo →**
- **7 de Julio →**
- **14 de Febrero →**
- **6 de Enero →**
- **24 de Diciembre →**
- **12 de Octubre →**
- **1 de Enero →**
- **19 de Marzo →**
- **25 de Diciembre →**
- **1 de Noviembre →**

Figura 15. Actividad Fechas señaladas.

**Actividad 18. Copia la figura.**

- *Descripción:* utilizando las piezas de un tangram ofrecemos un modelo de figura que el sujeto debe copiar con el material dado. La orientación y los colores de las piezas han de ser iguales a las del modelo.
- *Trabaja:* funciones ejecutivas, orientación espacial, atención y concentración.
- *Recursos materiales:* piezas del tangram o adaptaciones en material manipulativo (cartulina, goma Eva,...) y fichas con los modelos a copiar.

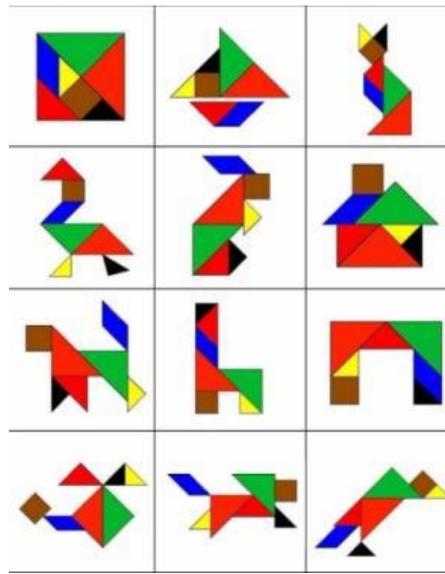


Figura 16. Piezas del tangram y figuras a copiar.

### Actividad 19. Relacionar palabras.

- *Descripción:* en un mismo folio tenemos dos columnas de palabras. El objetivo de esta actividad es relacionar cada palabra de la primera columna con la que corresponda de la segunda. La asociación entre las palabras en este caso es por categorías semánticas.
- *Trabaja:* razonamiento, atención.
- *Recursos materiales:* ficha con la actividad, lápiz y goma.

PARQUE	MÉDICOS
HOSPITAL	ANIMALES
SUPERMERCADO	NIÑOS
AUTOPISTA	COCHES

ZOO

ALIMENTOS

Figura 17. Actividad de relacionar por categorías semánticas.

### Actividad 20. Sopa de letras.

- *Descripción:* la sopa de letras consiste en buscar una serie de palabras en un recuadro enlazando letras de forma vertical, horizontal, diagonal, de derecha a izquierda o viceversa y de arriba abajo o viceversa.
- *Trabaja:* atención selectiva y funciones ejecutivas.
- *Recursos materiales:* ficha con la actividad, lápiz y goma.

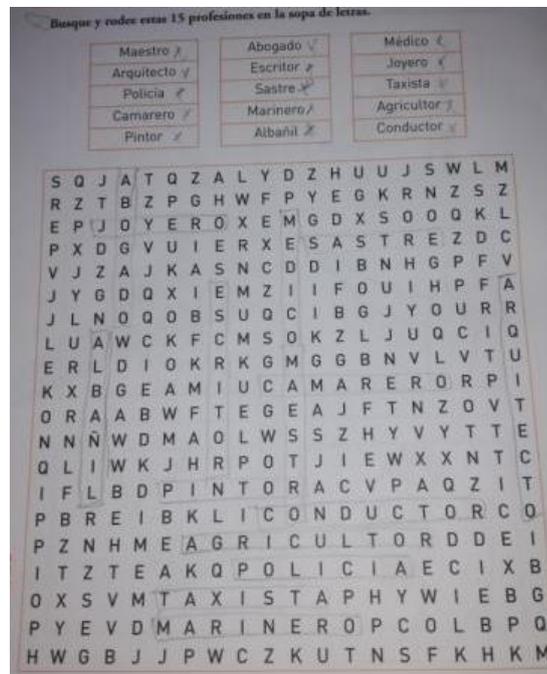


Figura 18. Sopa de letras. Tomada del cuaderno Ágilmente (2015)

### Actividad 21. ¿Quién es quién?

- *Descripción:* esta tarea consiste en presentar al sujeto una serie de fotografías de personajes conocidos popularmente (actores, políticos, artistas, personajes históricos, deportistas, etc.) y pedirle que los identifique. En un primer momento se le pedirá el nombre, la profesión y/o el motivo por el que es un personaje conocido. Si resulta demasiado complicado, el terapeuta ofrece una serie de

pistas dando datos sobre el personaje, para tratar de facilitar la recuperación del nombre. En caso de que el sujeto manifieste que no puede acordarse del nombre, se le presenta una serie de nombres de personajes conocidos entre los que se encuentre el de la fotografía, cambiando la tarea de recuerdo a reconocimiento.

- *Trabaja:* memoria, conocimientos generales
- *Variante:* en lugar de utilizar personajes, se utilizan imágenes de lugares emblemáticos (Torre Eiffel, Big Ben, etc.) o con la colaboración de la familia se puede trabajar la memoria autobiográfica a través de fotografías de lugares significativos para la persona (el pueblo en el que nació, la iglesia en la que se casó, el parque al que solía ir en la infancia, etc.).
- *Recursos materiales:* fotografías de personajes conocidos, listado con los nombres de todos ellos e información sobre su profesión.



Figura 19. Ejemplo de personajes populares para la actividad.

### **Actividad 22. *Textos incompletos***

- *Descripción:* se presenta un texto al sujeto que debe leer prestando atención, en voz baja o alta, como prefiera. Una vez leído, se retira/tapa el texto y se presenta el mismo pero con algunas palabras eliminadas, sustituidas por una línea de puntos. Sobre estas líneas el paciente tiene que escribir la palabra que recuerde que iba en cada uno de los huecos, para completar el texto de manera que quede exactamente igual que el leído previamente.
- *Trabaja:* memoria a corto plazo, atención, comprensión lectora
- *Recursos materiales:* texto de lectura y texto para completar, lápiz y goma

### **Actividad 23. *Ronda de preguntas***

- *Descripción:* para esta actividad se muestra una viñeta o un dibujo como el expuesto en la Figura 20, de forma que el sujeto tiene que prestar atención a la imagen durante un tiempo limitado (1 o 2 minutos). Posteriormente se retira la imagen y se le presentan una serie de preguntas acerca de lo que había en la misma. Las preguntas preferentemente se presentan de forma escrita, al igual que las respuestas, pero si existen dificultades con la lectura, la escritura o ambas se realiza la tarea de forma oral.
- *Trabaja:* atención, memoria.
- *Recursos materiales:* ficha con viñeta y preguntas, lápiz y goma



En la parte inferior izquierda de la imagen podemos ver a dos niños jugando. **¿Qué están haciendo?**

- La niña está cavando un agujero y el niño está construyendo un castillo de arena
- Los dos están cavando un agujero
- El niño está cavando un agujero y la niña está construyendo un castillo de arena

Figura 20. Ejemplo de viñeta y pregunta para la actividad. Tomado de Profedeele.es (2020)

#### Actividad 24. Orden y sentido

- *Descripción:* En un papel se presentan una serie de frases cuyas palabras están desordenadas, tal como se muestra en el ejemplo expuesto a continuación. El objetivo de esta actividad es que el sujeto ordene las palabras para formar frases con pleno sentido. Para facilitar la tarea, se marca con letra mayúscula la palabra que inicia la frase.
- *Trabaja:* razonamiento, atención y memoria de trabajo
- *Recursos materiales:* ficha con frases desordenadas, lápiz y goma.

Ejemplo de frases desordenadas:

- mi Ayer visitarme a vino sobrina → Ayer vino a visitarme mi sobrina
- casa dos había En perros la → En la casa había dos perros

#### Actividad 25. Copia el modelo

- *Descripción:* esta actividad consiste básicamente en copiar en la cuadrícula en blanco los números y letras en las mismas casillas que en la cuadrícula modelo, tal como se ve en la Figura 21. La complejidad de la actividad puede variarse significativamente dependiendo de cada paciente, sustituyendo los símbolos por colorear cuadrículas y reduciendo el número de casillas.
- *Trabaja:* Atención selectiva y sostenida, memoria de trabajo, discriminación visual.
- *Recursos materiales:* ficha con cuadrícula modelo y cuadrícula en blanco, lápiz y goma

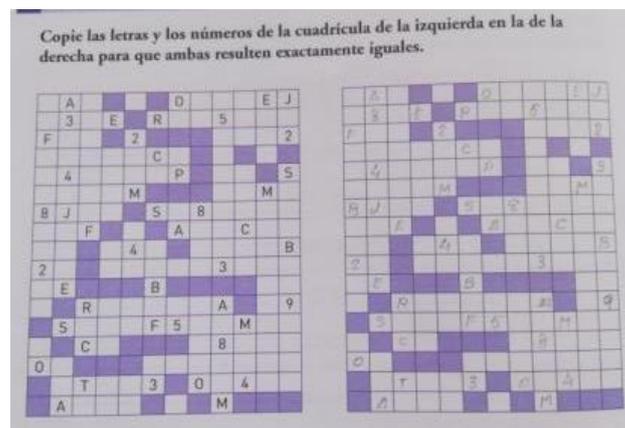


Figura 21. Actividad “Copia el modelo” resuelta. Tomado del cuaderno Ágilmente (2015)

## TIC

### 1) *Lumosity*

La aplicación *Lumosity* está diseñada para entrenar distintas habilidades cognitivas a través de juegos y actividades dinámicas que se adaptan al nivel de ejecución de cada individuo, incrementando de forma progresiva la complejidad de las tareas a la par que mejora el rendimiento. Su diseño está basado en estudios e investigaciones del campo de la neurociencia, adaptando las actividades en función de los nuevos avances.

A través de la creación de una cuenta personal y la evaluación inicial, la aplicación propone una serie de actividades diarias para entrenar diferentes habilidades cognitivas, incluyendo atención, memoria y funciones ejecutivas.

Algunas de las pruebas que más nos pueden interesar para la intervención son:

- *Matriz de memoria* (Figura 22): se presenta una cuadrícula como la expuesta, con una serie de cuadros coloreados que debemos memorizar. Después de unos segundos, los cuadros coloreados desaparecen y debemos seleccionar las casillas que recordemos estaban coloreadas.

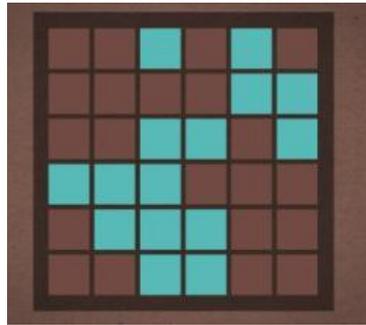


Figura 22. Juego *Matriz de memoria*

- *A todo vapor* (Figura 23): la tarea consiste en llevar a cada tren a su estación correspondiente moviendo las vías adecuadas. La atención dividida es la habilidad hacia la que se enfoque esta actividad, aunque se trabajan también otros aspectos como funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento.

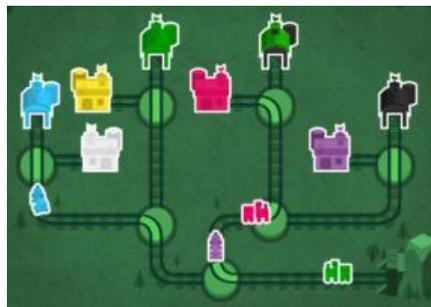


Figura 23. Juego *A todo vapor*

- *Detective de mascotas*: este juego trabaja fundamentalmente la planificación y toma de decisiones, entre otras funciones ejecutivas, ya que el objetivo es encontrar la ruta más eficaz para llegar hasta las mascotas, teniendo en cuenta la cantidad de movimientos límites que podemos hacer.



Figura 24. Juego *Detective de mascotas*

## 2) *Ardora*

Ardora es un programa de diseño de actividades que nos permite realizar tareas personalizando los contenidos y la dificultad de las mismas. El número de actividades que podemos generar con esta plataforma gratuita y la personalización total de las mismas es el principal motivo por el cual se incluye esta herramienta en la propuesta de intervención.

Aunque el programa permite realizar diferentes tipos de tareas (sopa de letras, crucigramas, ordenar palabras,...) para este intervención he diseñado dos actividades que pueden ser útiles para pacientes con DCL, asociando las distintas habilidades cognitivas con contenidos de la vida cotidiana o de conocimiento general.

- *Puzzles interactivos*: en este caso el usuario tiene que mover con el ratón las distintas partes que componen el puzle para formar la imagen de la Torre Eiffel. Trabajamos funciones ejecutivas (planificación de movimientos, memoria de trabajo), atención selectiva y orientación espacial. Al terminar el puzle podemos incluir preguntas relacionadas con el monumento, si sabe reconocerlo o dónde se encuentra.

Mueve las piezas para formar la imagen de un monumento.



Figura 25. Actividad Puzle Torre Eiffel

- *Manejo del dinero:* en este caso aparece en la pantalla un objeto con un precio determinado y, en la parte baja, los billetes y monedas que tenemos para realizar dicha compra, tal como se observa en la Figura 26. El sujeto tiene que arrastrar el dinero exacto al recuadro en blanco para realizar la compra. Cuando la cifra está bien (hay distintas posibilidades para combinar las monedas y billetes, pero siempre tiene que ser exacta), automáticamente aparece otro objeto con su precio. La actividad termina cuando se han realizado todas las compras adecuadamente, siendo en este caso de cuatro objetos de uso cotidiano (calcetines, libro, paraguas y pelota). Además del manejo del dinero como actividad básica de la vida diaria, trabajamos cálculo mental, la planificación y la memoria de trabajo.

Selecciona el dinero que necesitarías para comprar los objetos que aparecen a continuación.

Calcetines



4,30 €



Monedas: 10, 20, 50, 1, 2

Billetes: 5, 10, 20, 50

Figura 26. Actividad Manejo del dinero

### 3) *Uno Brain*

La web Uno Brain ofrece variedad de juegos diseñados por neuropsicólogos basados en la metodología del Brain Fitness o entrenamiento cognitivo. En esta página encontramos juegos destinados a trabajar habilidades tales como atención, memoria, percepción y ejecución (este último apartado estaría relacionado con las funciones ejecutivas).

De forma concreta, resaltamos algunos ejemplos de los juegos que resultan de interés para la intervención en DCL:

- *Contra corriente* (atención): el objetivo de este juego es distinguir cuál es el pez que nada en una dirección diferente al resto y seleccionar la flecha que indique su dirección. En el ejemplo de la Figura 28, la flecha correcta sería la que indica la dirección hacia abajo.

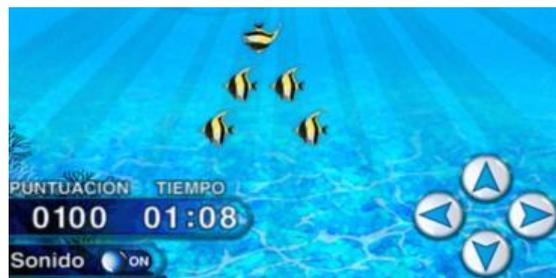


Figura 27. Juego Contra corriente

- *Sentido Común* (ejecución): esta actividad más compleja consiste en deducir la regla por la cual se irán clasificando una serie de palabras. Las clasificaciones pueden ser por el tipo de letra, el número de letras que formen la palabra o categorías semánticas, por lo que se debe prestar mucha atención. En función de los aciertos o errores iniciales, debemos deducir cuál es la regla de clasificación.



Figura 28. Escenas del juego *Sentido Común*

- *GPS* (memoria): en este caso se trabaja la memoria inmediata y a su vez la atención. La actividad consiste en memorizar los lugares de la ciudad a los que debemos ir en un orden determinado, para después reproducir la ruta seleccionándolos en el mapa. A medida que sumamos aciertos, la dificultad de la ruta se incrementa progresivamente.



Figura 29. Pantalla del juego GPS

#### 4) *Madrid Salud*

En esta web, perteneciente al Ayuntamiento de Madrid, podemos encontrar un apartado denominado *Interactivos* entre los cuales se encuentran juegos interactivos destinados a trabajar la memoria, tal como podemos ver en la Figura 30. Aunque la variedad en este caso no es tan amplia como las presentadas previamente, se ha querido incluir la web en este trabajo debido a que es la única perteneciente a una entidad pública que cuenta con estas actividades de libre acceso para todos los ciudadanos, con los únicos requisitos de contar con un ordenador y conexión a internet.

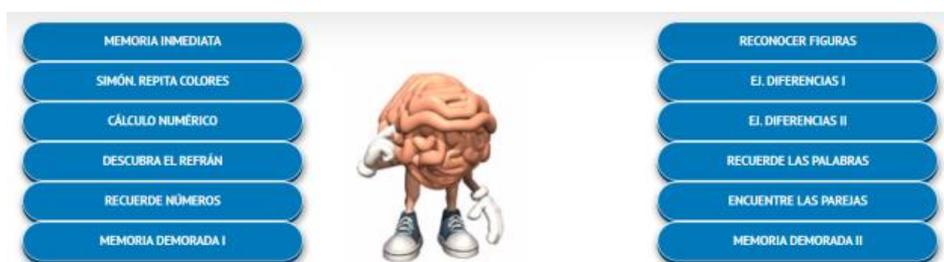


Figura 30. Índice de juegos de Madrid Salud, tomado de <http://madridsalud.es/interactivos-entrenamiento-de-memoria/>

## **Juegos de mesa**

El juego es una herramienta esencial para potenciar las habilidades cognitivas a lo largo de todo el ciclo vital. En concreto, los juegos de mesa potencian la flexibilidad cognitiva, la tolerancia a la frustración y la comprensión de normas e instrucciones de forma general pero, además, trabajan sobre capacidades concretas como son la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, objetivo directo de nuestra intervención. Es por ello que se elige emplear el juego como herramienta terapéutica para trabajar dichos dominios de una manera divertida, reduciendo también el estrés que las actividades previas pueden haber generado.

Los juegos se planifican al final de la sesión porque ayudan a terminar la misma de manera distendida, pasando un rato de ocio y fortaleciendo la relación terapeuta-paciente. Son una forma más relajada de seguir entrenando las distintas habilidades cognitivas a la par que fomentamos el ocio saludable, siendo también actividades que generan menor rechazo o frustración.

A continuación se presentan seis juegos de mesa como ejemplo de actividades lúdicas que se utilizarían en la intervención para mejorar de forma específica el rendimiento en los dominios cognitivos de atención, memoria y funciones ejecutivas.

### ***1) Memory***

En este juego de cartas, con distintas presentaciones posibles, el objetivo es encontrar todas las parejas de cartas. Para empezar el juego se colocan todas las cartas boca abajo de forma desordenada. De forma alterna, terapeuta y paciente levantarán dos tarjetas en cada turno y, si las tarjetas levantadas coinciden, se suma un punto y se retiran de la mesa. Si por el contrario las tarjetas no son iguales, deben darse la vuelta y colocarse en el mismo lugar de la mesa en el que estaban. El jugador que más parejas encuentre ganará la partida.

Teniendo en cuenta el colectivo con el que trabajamos, podemos adaptar el juego para hacerlo de manera individualizada y que sea solo el paciente quien levante las tarjetas de dos en dos.

Como su propio nombre indica, este juego trabaja la memoria, pero también la discriminación visual, la atención sostenida y selectiva así como determinadas

funciones ejecutivas como la memoria de trabajo o la planificación de los movimientos y jugadas si realizamos el juego uno contra uno.

En este caso, se utiliza el juego de Memory de Tiger, en el cual los círculos tienen formas abstractas y pequeños dibujos (Figura 31). Además, la cantidad de parejas que nos permite utilizar este juego nos da la posibilidad de realizar partidas rápidas con pocas fichas o partidas más largas y complejas, en función del nivel de dificultad o las necesidades de cada momento.



Figura 31. Piezas del juego Memory de Tiger.

## 2) *Dobble*

El *Dobble* es un juego educativo con diferentes modalidades de juego en el que se trabajan fundamentalmente la atención selectiva y la velocidad de procesamiento, así como la visopercepción y el vocabulario.

Las cartas circulares que conforman este juego tienen diferentes dibujos en uno de sus lados y el objetivo consiste en encontrar el objeto repetido entre dos cartas que se enseñan al mismo tiempo. Todas las cartas del juego tienen un objeto en común, que varía en las distintas cartas. Además, el tamaño del dibujo será diferente y los colores entre muchos de los estímulos distractores son iguales, lo que dificulta la tarea de búsqueda (Figura 32). El primer jugador en detectar el dibujo común debe decirlo en voz alta y señalarlo, llevándose la tarjeta a modo de puntuación.

Al igual que en el caso anterior, aunque es un juego diseñado para dos o más jugadores puede adaptarse para un solo participante, pudiendo incluir un límite de tiempo o contabilizando lo que tarda en encontrar el objeto para evaluar el progreso en la tarea. Como en el resto de actividades de la intervención, se han de enseñar estrategias al

inicio si observamos dificultades para llevar a cabo la tarea, como señalar al sujeto que hay que ir mirando los dibujos de uno en uno para descartar opciones, etc.



Figura 32. Tarjetas del Dobble.

### 3) *Fantasma Blitz*

Este juego está formado por una serie de cartas y los objetos que se presentan en la Figura 33. La actividad consiste en levantar una carta y coger el objeto que coincide en forma y color con el de la carta o, si no hay ninguno que cumpla estas características, se ha de coger el objeto que no coincida ni en forma ni en color con los que aparecen en las cartas. Para ejemplificar el modo de juego se presentan a continuación dos cartas de la baraja.

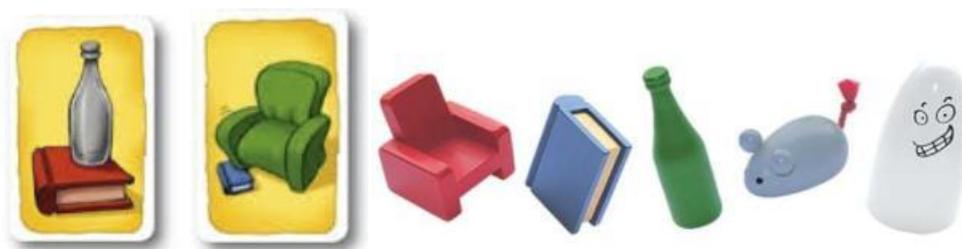


Figura 33. Carta 1 y 2, objetos del juego Fantasma Blitz.

En la carta 1, la respuesta correcta sería el fantasma, ya que en la carta no aparece ni el color blanco ni la forma del fantasma, y sí aparecen las demás formas o colores. Sin embargo, en la carta 2, la respuesta correcta es el libro, ya que este aparece en la tarjeta del mismo color que el objeto.

De acuerdo con la ficha técnica del mismo juego, se trabajan de forma específica las funciones ejecutivas, la visopercepción, la atención y la velocidad de procesamiento.

Aunque se trata de un juego diseñado para 2 o más jugadores, en esta intervención concreta se utilizará tanto de manera individual como conjuntamente entre el profesional y el paciente. Ambas modalidades son válidas para trabajar las funciones ejecutivas, aunque en el formato individual la pérdida de la carga competitiva hará que la velocidad de procesamiento no se trabaje con la misma intensidad.

#### **4) IQ Fit**

El IQ Fit tiene un funcionamiento similar al clásico tangram, ya que partiendo de una plantilla se trata de colocar las fichas de manera que el dibujo final sea el mismo que el del modelo. Las piezas en este caso son de diferentes colores y formas, con gran posibilidad de movimientos y posiciones, tal como se observa en la Figura 34.

Con este juego trabajamos las funciones ejecutivas, fundamentalmente la memoria de trabajo y la planificación de movimientos, así como el razonamiento lógico, habilidades de orientación y percepción y la motricidad fina, ya que las piezas son de pequeño tamaño y requiere de esta habilidad para colocarlas adecuadamente en la base del juego.

Los modelos de copia que incluye el juego son más de 100 con niveles de dificultad variables desde los más sencillos hasta desafíos de gran complejidad, por lo que su adaptación para cada paciente es muy sencilla, al igual que la evaluación del progreso en función de los desafíos completados.



Figura 34. Manual con modelos y piezas del IQ Fit.

### **5) *Scrabble***

En el tradicional juego del Scrabble se trabajan habilidades tan diversas como la lectoescritura, las funciones ejecutivas, el cálculo mental, la discriminación visual y la creatividad. Además, estimula las relaciones sociales y es probablemente uno de los juegos más conocidos por las personas mayores que formen parte de la intervención.

De forma resumida el juego consiste en que, repartidas una serie de letras al azar a cada jugador, estos deben colocarlas en el tablero formando palabras, de forma que traten de conseguir el mayor número de puntos posibles. La puntuación de cada letra es diferente, así como las posiciones en el tablero, que determinan puntos extra. Por ello es importante no solo la formación de la palabra sino también la estrategia y la planificación de dónde colocar las fichas, anticipando también los movimientos del rival.

### **6) *UNO***

El Uno es un popular juego de cartas en el que el objetivo principal es deshacerse de todas las cartas que tenemos en la mano, con la premisa de que solo podemos dejar en el tablero una carta por turno que coincida o bien en número o bien en color con la que está en ese momento en la mesa. Si no tenemos ninguna carta en la mano que sea del mismo color o número que la de la mesa, debemos robar una del mazo de cartas y pasar el turno. Además, también existen otra serie de cartas que pueden hacer que pierdas un turno, que te obligan a coger más cartas, etc.

Al ser un juego para varios jugadores, las partidas de dos personas como las que serían en este caso (terapeuta-paciente) son bastante rápidas y ágiles.

Con este juego se trabajan fundamentalmente las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, planificación, control de impulsos) y la atención selectiva, así como la discriminación y categorización de colores y números.



Figura 35. Cartas del juego UNO

### **Ejemplo de sesión de entrenamiento cognitivo individual**

*1º Inicio (10 minutos):* Si es la primera sesión realizamos la presentación, sino es así el terapeuta le recuerda su nombre al paciente si es necesario. Antes de iniciar las tareas preguntamos qué tal se encuentra hoy y, posteriormente, le pedimos que nos cuente algo interesante o que le apetezca contar de lo que ha hecho en los días entre sesiones. Hay que recordar empezar con un lenguaje motivador para la realización de las actividades, con el refuerzo positivo constante a través de comentarios del tipo “*Lo has hecho muy bien*”, “*Genial*”, “*No pasa nada si te equivocas*”, etc.

*2º Actividades de papel y lápiz (20 minutos):*

- 1) Actividad nº 19. Relacionar palabras
- 2) Actividad nº 1. ¿Qué ves?
- 3) Actividad nº 5. Código de colores
- 4) Actividad nº 9. Sopa de imágenes

*3º Actividades con ordenador (15 minutos):*

- 1) Puzzle interactivo Ardora (Figura 26)
- 2) Actividad *A todo vapor* Lumosity

*4º Juego (15 minutos):* Memory

*5º Despedida y tareas para casa*

### **4.6.2. Talleres grupales de estimulación cognitiva**

Los talleres grupales reúnen a pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve, formando un pequeño grupo de entre 5 y 10 personas. Estos talleres son coordinados por un profesional de la psicopedagogía (en algunos casos concretos serán dos los profesionales necesarios para llevar a cabo los talleres u otro especialista).

Con estas actividades se pretende dar respuestas a los objetivos a), b), d) y h) previamente especificados al inicio de esta propuesta. El componente social será un objetivo primordial en este caso; buscamos que los pacientes sigan participando de actividades de carácter social y entrenando sus habilidades de interacción para evitar la pérdida de las redes de apoyo social y a su vez fomentar la creación de nuevas relaciones interpersonales positivas.

Por otro lado, como se indicó en la justificación inicial, los talleres grupales parten de la estrategia de estimulación cognitiva como método de intervención. Esto nos permite trabajar distintas funciones cognitivas de forma simultánea a través de actividades variadas que favorecen la integración del individuo en la sociedad y su autonomía personal. Los contenidos de los talleres tienen diferentes objetivos, destinándose en su mayoría a trabajar competencias relacionadas con actividades cotidianas o que promueven la autonomía e independencia del individuo. De esta forma, a la vez que estimulamos distintas áreas cognitivas estamos potenciando habilidades necesarias para realizar actividades de la vida diaria que podrían verse afectadas por el deterioro cognitivo.

Por último, hay que destacar que la heterogeneidad de los miembros del grupo debe tenerse muy en cuenta a la hora de realizar los talleres, ofreciendo a todos los sujetos la misma oportunidad para llevar a cabo las actividades propuestas a pesar de las posibles diferencias cognitivas y funcionales. La adaptación de las propuestas ante las dificultades específicas, así como el mayor apoyo a determinados sujetos por parte de los profesionales si fuera necesario, también debe contemplarse desde el inicio, ya que la progresión del deterioro será diferente en cada caso y estos talleres se realizarán durante un periodo de 6 meses.

### **Taller nº 1. Dinámica de presentación y actividad *Música en las venas*.**

- Duración: 90 minutos

- Objetivos específicos:
  - a) Presentar a cada miembro del grupo
  - b) Trabajar la atención y la memoria de forma dinámica
  - c) Fomentar momentos de ocio y relación social
  
- Recursos materiales: ordenador o reproductor de música, sala grande con sillas para los usuarios, pelota de goma-espuma.
  
- Descripción:
  - Dinámica de presentación *Pásame la pelota*: se forma un círculo de sillas en las que todos los integrantes del grupo se sientan a una distancia próxima entre ellos. El psicopedagogo a cargo de la sesión explica en qué consiste la actividad, que trata simplemente de que el sujeto que tiene la pelota debe presentarse diciendo su nombre, de dónde es y alguna afición o interés concreto. Una vez presentado, debe pasar la pelota a otro compañero para que haga lo mismo, rotando la pelota hasta que todos los participantes se hayan presentado. Para iniciar la dinámica y romper el hielo, el coordinador de la actividad se presenta primero.
  
  - *Música en las venas*: Esta actividad consiste en presentar fragmentos de canciones clásicas y conocidas popularmente, bien por su fama generalizada o por ser canciones de la época de los participantes en las sesiones. El objetivo de la actividad es que, mientras escuchan el fragmento musical seleccionado, traten de recordar quién es el cantante de la canción y cuál es el título de la misma. Deben anotar sus respuestas en un papel de forma que evitamos interrupciones y damos mayor tiempo para recordar a aquellos que tengan más dificultades. Cuando el fragmento de música termina, se les pide que por turnos vayan diciendo en voz alta la respuesta. Tras recordar la información entre todos, podemos invitar al grupo a que intenten recordar la letra y/o cantar el estribillo completo de la canción.

## **Taller nº 2. Juegos tradicionales**

- Duración: 1 hora

- Objetivos específicos:
  - a) Fomentar el ocio saludable
  - b) Potenciar el contacto social y mejorar las relaciones entre los miembros del grupo
  - c) Entrenar habilidades cognitivas a través de juegos populares
- Recursos materiales: baraja de cartas, parchís, ajedrez, puzles, mesas y sillas dispuestas en una sala con espacios de juego diferenciados.
- Descripción:

En este taller se organizan una serie de juegos clásicos dispuestos en diferentes mesas como los descritos a continuación, de manera que los asistentes se dividen en pequeños grupos o parejas para jugar a las distintas propuestas. El coordinador de la sesión debe fomentar que al terminar las partidas cambien de juego, explicando las reglas cuando sea necesario, alternando también los grupos de jugadores para facilitar el contacto entre todos los mayores y la participación en la mayor parte de juegos posibles.

Algunos de los juegos más conocidos que pueden servirnos para trabajar funciones ejecutivas son los juegos de cartas (el cinquillo, el chinchón, la escalera, etc.). En estos juegos la planificación y anticipación de movimientos es fundamental para ganar el juego, así como el cálculo mental, el razonamiento, la atención y la memoria de trabajo. Los juegos de cartas además son juegos que nos permiten integrar a todo el grupo en una misma partida o realizar pequeñas rondas de partidas rápidas.

El ajedrez es un juego que requiere más práctica debido a su complejidad y la memorización de movimientos, pero es posible enseñar el juego a personas que desconozcan su funcionamiento si su nivel de deterioro en memoria es leve. Para aquellos usuarios que hayan jugado previamente, es un juego muy completo para trabajar funciones ejecutivas y atención. Si contamos con un usuario que tenga un buen manejo del juego y cierta predisposición, podemos trabajar de manera que sea él mismo quien enseñe las normas y movimientos al resto de sus compañeros interesados en aprender.

Los puzles y rompecabezas son actividades sencillas que, aunque puedan utilizarse también de forma individual, si se realizan conjuntamente favorecen el trabajo en

equipo, la comunicación y la escucha. Con los puzles trabajamos el razonamiento abstracto, la atención selectiva, la discriminación visual y la motricidad fina.

Por último, el parchís quizá sea el juego más familiar para la mayoría de integrantes del grupo. En esta actividad además del componente social trabajamos funciones ejecutivas esenciales como la planificación, la anticipación y la memoria de trabajo, además del cálculo mental, el manejo de los números, la motricidad fina y la atención.

### **Taller nº 3. Con las manos en la masa**

- Duración: 90 minutos
- Objetivos específicos:
  - a) Entrenar habilidades necesarias para realizar actividades de la vida diaria
  - b) Entrenar funciones ejecutivas y seguimiento de instrucciones
  - c) Fomentar las relaciones sociales positivas
  - d) Potenciar la autonomía de los individuos
- Recursos materiales: microondas, batidoras, vasos de plástico, menaje básico (cubiertos, platos, cuencos), ingredientes para realizar un bizcocho, ingredientes para preparar humus, delantales, recetas impresas (Anexo 10), espacio amplio y mesas.
- Descripción:

Para este taller dividimos al grupo por parejas para realizar dos recetas de cocina (Anexo 10). A cada pareja se le asigna un puesto de cocina o mesa de trabajo, con las recetas paso a paso y la lista de ingredientes en un papel. Como las recetas son muy sencillas, partimos con la idea de realizar dos; una dulce (bizcocho al microondas) y otra salada (humus), aunque esto dependerá de la desenvoltura en la cocina de los participantes y del tiempo disponible.

El coordinador de la actividad hará de guía, indicando los pasos que han de seguir antes de comenzar (colocar los ingredientes de la receta correspondiente a la vista, comprobar que tienen el material necesario, lavado de manos, etc.). El coordinador o alguno de los participantes lee la primera receta (humus) en voz alta, la cual incluye una descripción

del plato (origen e ingredientes) y los pasos detallados para realizarlo. Una vez leída, se pregunta al grupo si tienen alguna duda al respecto. Después, se les indica que deben comenzar el cocinado y que, ante cualquier duda, pueden consultar al coordinador. Este debe ir por la sala comprobando cómo se desenvuelve cada pareja y solventando las posibles dificultades.

Una vez terminada la primera receta, pasaríamos a la segunda (bizcocho) siguiendo el mismo procedimiento, tras haber limpiado los puestos de trabajo. Al terminar, se invita a los participantes a probar los distintos platos, tanto los de elaboración propia como los del resto de compañeros. Podemos concluir el taller con una votación sobre cuál ha sido el mejor plato que han probado, otorgando a la pareja que lo haya realizado un pequeño premio en forma de diploma.

#### **Taller nº 4. Las noticias 3.0 y juegos tradicionales**

- Duración: 1 hora
- Objetivos específicos:
  - a) Trabajar habilidades de comunicación, comprensión y expresión escrita
  - b) Estimular la atención, la capacidad de razonamiento y síntesis
  - c) Promover el debate en un entorno social seguro, fomentando el respeto, la escucha activa y la empatía
- Recursos materiales: recortes de noticias de prensa actual, baraja de cartas.
- Descripción:
  - *Las noticias 3.0*: En este caso el objetivo de la actividad es elegir una noticia de prensa escrita para trabajar habilidades comunicativas, comprensión lectora, atención y la capacidad de razonamiento y síntesis. Los participantes deben leer conjuntamente la noticia y debatir acerca del contenido de la misma, aportando sus propias opiniones y críticas. Se trata de ofrecer también un espacio para que los mayores compartan sus pensamientos y reflexiones sobre aspectos de la actualidad y de interés general. Se realiza la actividad con 3 o 4 noticias de diferentes contenidos (política, sociedad, economía, deportes,...).

Como actividad extra se plantea que por parejas reescriban la noticia en un límite de espacio. Es decir, que sinteticen la información y añadan un título que resuma la noticia con sus propias palabras. De esta forma trabajamos la creatividad, la capacidad de síntesis, habilidades de escritura y expresión.

- *Juegos tradicionales*: para terminar la sesión, si el tiempo disponible lo permite, en grupo eligen uno o dos juegos, en función del tiempo restante, de los expuestos en el taller nº 2, preferiblemente juegos de cartas en los que puedan participar todos los usuarios a la vez.

### **Taller nº 5. Álbum de la vida**

- Duración: 1 hora
- Objetivos específicos:
  - a) Trabajar la memoria a largo plazo a través de recuerdos personales
  - b) Fortalecer los vínculos entre los participantes al compartir experiencias y vivencias
  - c) Fomentar las habilidades de comunicación y escucha activa
- Recursos materiales: sillas y fotografías personales de cada usuario.
- Descripción:

Para este taller se pide a cada usuario con antelación que elijan una fotografía importante para ellos o que refleje un momento especial de su pasado y que la traigan a la sesión grupal. En esta sesión cada persona describirá la imagen y contará dónde se realizó, en qué fecha, qué representa y por qué es importante para él/ella. A partir de la historia que cuente cada individuo, el psicopedagogo puede realizar preguntas para profundizar en determinadas cuestiones y trabajar así la memoria autobiográfica. Por ejemplo, si se presenta una fotografía de la infancia podemos preguntar cómo era el lugar donde vivía o cuál era el recorrido que hacía desde casa a la escuela. Se fomentará también que realicen preguntas entre ellos y que no sea el psicopedagogo el único que intervenga para realizar las preguntas.

En este caso es importante tener en cuenta que quizá haya usuarios que no quieran contar demasiado acerca de su vida personal, por lo que las preguntas han de adecuarse tanto a la historia y fotografía que traen como a las características personales. No debemos presionar a los mayores a que hablen si no desean compartirlo con los demás, pero sí debe fomentarse un mínimo de participación y por supuesto el respeto hacia el resto de compañeros y sus historias. Esto ha de dejarse claro al inicio de la sesión para evitar posibles conflictos o comentarios inapropiados.

### **Taller nº 6 y nº 7. 1, 2, 3... ¡Acción! (Taller de teatro)**

- Duración: 90 minutos cada sesión
- Objetivos específicos:
  - a) Estimular, a través del teatro, las capacidades cognitivas de memoria y atención
  - b) Ofrecer un espacio para la expresión emocional y corporal
  - c) Potenciar las habilidades preservadas de cada individuo, así como aquellas en desuso
  - d) Estimular la creatividad, las habilidades de comunicación, la empatía, la capacidad de organización y el liderazgo
- Recursos materiales: guión de una obra de teatro, atrezzo, vestuario, cámara de vídeo.
- Descripción:

Mediante la organización de una pequeña obra de teatro entre los usuarios trabajamos de manera directa la memoria y la atención al tener que memorizar pequeños textos o diálogos que, posteriormente, deben representar.

El taller de teatro se divide en dos sesiones ya que antes de comenzar hay que llevar a cabo una serie de pasos organizativos. Dependiendo del nivel de funcionamiento del grupo y su motivación puede plantearse la actividad de diferente modo; partiendo de un guión ya elaborado o bien desde cero, de manera que ellos mismos elaboren el guión, desarrollen los personajes, la escenografía, etc.

El texto debe ser sencillo y contar con diferentes personajes que puedan ser representados por los usuarios, pudiendo también contemplar otros roles presentes en las obras de teatro como el director, encargado del decorado, etc. Esto dependerá de los sujetos que conformen el grupo, sus intereses y su motivación para realizar esta tarea, aunque debe intentarse motivar al grupo para que todos los participantes representen al menos un personaje para trabajar todas las habilidades descritas en los objetivos (expresión corporal, empatía, memoria, atención, etc.). Como ejemplo de texto de teatro puede partirse de obras conocidas como *La casa de Bernarda Alba* o *La Celestina*, seleccionando escenas concretas para llevar a cabo la representación.

La primera sesión se dedica a la asignación de personajes, la primera lectura del guión o la elaboración del mismo, adecuándolo al tiempo disponible. También se realizarán los primeros ensayos con el texto delante y, si fuera necesario, la adaptación de alguna parte del texto para facilitar la memorización del mismo.

Como tarea para casa se pide a cada sujeto que estudie su parte correspondiente de la obra para la próxima sesión. En esta segunda parte, se realizarán un par de ensayos con escenografía y vestuario, para incluir los movimientos sobre el escenario. Por último, se lleva a cabo la representación final, que grabaremos con una cámara de video para después enviar a cada participante y sus familias.

### **Taller nº 8. Club de lectura**

- Duración: 1 hora
- Objetivos específicos:
  - a) Estimular la atención y concentración
  - b) Mejorar la capacidad de comprensión lectora
  - c) Trabajar habilidades comunicativas y de reflexión personal
- Recursos materiales: libros, textos o relatos cortos, sillas.
- Descripción:

En función del grupo debemos elegir una lectura adaptada al nivel cognitivo general, de manera que todos los participantes estén capacitados para seguir la lectura. Dada la

duración de la sesión, se deben seleccionar textos o historias breves como por ejemplo *El Principito*, *El escarabajo de oro*, relatos cortos o recopilatorios de cuentos que nos permitan terminar la lectura sin dejar la historia a medias y que a su vez nos inviten a reflexionar. Si contamos con varias opciones, serán los participantes en el taller los que decidan entre todos cuál será la lectura.

El taller transcurre de modo que son los usuarios quienes leen en voz alta la historia, alternando los turnos de manera que todos participen en la lectura. Es el coordinador del taller el encargado de dar los turnos, por lo que la atención ha de mantenerse todo el tiempo para poder continuar leyendo cuando le llegue el turno a cada uno.

Se complementa la actividad con una serie de preguntas acerca del texto para comprobar no solo el nivel atencional sino la comprensión del mismo. Las preguntas dependerán de la lectura elegida, pero algunos ejemplos generales serían: *¿La historia ocurre en un mundo real o inventado? ¿Qué le ocurre al protagonista al inicio de la historia? ¿Quiénes son los personajes secundarios?*

Para finalizar el taller se invita a los participantes a compartir reflexiones e intercambiar opiniones sobre la lectura; si les ha gustado o no, que enseñanza creen que trata de transmitir la historia, etc.

### **Taller nº 9. Juegos cognitivos**

- Duración: 90 minutos.
- Objetivos específicos:
  - a) Entrenar los dominios cognitivos de memoria, atención y funciones ejecutivas junto a otras habilidades a través de actividades dinámicas
  - b) Fomentar las relaciones sociales positivas
  - c) Mejorar las habilidades comunicativas y de interacción social
- Recursos materiales: sillas, mesas, papeles y material para escribir, tarjetas de personajes famosos y tarjetas del juego Tabú.
- Descripción:

Los juegos cognitivos son actividades sencillas que no requieren un gran esfuerzo al sujeto pero que nos permiten mantener activas áreas que están cayendo en desuso o que se encuentran deficitarias debido a la edad y al deterioro cognitivo. Como en las demás actividades grupales planteadas, el componente social tiene un papel fundamental y aporta mayores beneficios al entrenamiento cognitivo que se lleva a cabo. Los juegos que se plantean para esta sesión son:

- *Palabras encadenadas*: este juego consiste en que los participantes van diciendo por turnos palabras que se encuentren encadenadas por la última sílaba. Por ejemplo, si la primera persona dice “Pájaro”, el siguiente deberá decir una palabra que empiece por la sílaba –ro, y así sucesivamente. Los sujetos que se equivoquen o que no se les ocurra qué palabra decir en su turno, quedan eliminados. El juego termina cuando sólo queda uno. Con esta actividad trabajamos no solo la producción y manejo de vocabulario, sino también la atención y la memoria de trabajo, así como la velocidad de procesamiento.
- *Stop*: en este caso tenemos una serie de categorías (animales, comida, país, objeto, color y nombre) en las cuales debemos escribir una palabra con la letra dada (elegida al azar por el coordinador). El tiempo es limitado a un par de minutos por cada letra y al finalizar cada ronda se comprueban los resultados, pudiendo otorgar diferentes sistemas de puntuación o incluso formando equipos para disminuir las diferencias de rendimiento y evitar el sentimiento de frustración o fracaso. De nuevo trabajamos velocidad de procesamiento, memoria, discriminación, atención selectiva y vocabulario.
- *¿Quién soy?*: repartimos a cada participante una tarjeta que no debe mirar con el nombre y la imagen de un personaje histórico o conocido popularmente, de forma que cada sujeto tiene asignado un rol que desconoce. Se colocará la tarjeta de forma que el resto del grupo la pueda ver (apoyada en la mesa en formato tarjeta de presentación). El objetivo consiste en que cada individuo adivine su personaje realizando preguntas a los compañeros, que deben contestar con “SI” o “NO” y sin dar pistas. Por ejemplo, algunas de las preguntas que podrían realizar los usuarios serían: *¿Soy un hombre? ¿me dedico a la música? ¿sigo vivo? ¿soy famoso por aparecer en la TV?*

Para facilitar la dinámica se realiza una única pregunta por turno, de modo que así trabajamos también la memoria, la atención selectiva y el razonamiento principalmente, así como la discriminación de información ya que cada individuo verá interrumpida la información de su propio personaje por la de los demás participantes.

- *Tabú*: el juego tabú o palabras prohibidas consiste en describir una palabra, objeto o personaje, sin utilizar algunas palabras claves para ello. Estas palabras vienen dadas en tarjetas que podemos realizar nosotros mismos para adaptar el juego a los conocimientos e intereses de los mayores. Por turnos, cada participante debe describir su palabra sin usar las palabras prohibidas señaladas en la tarjeta. El que acierta la palabra, se lleva la tarjeta a modo de punto.

Es posible que no de tiempo en una sola sesión a realizar todos los juegos, por lo que una vez presentados y explicados brevemente son los sujetos quienes eligen qué juegos quieren realizar. Otra opción es que previamente el psicopedagogo haya elegido los juegos a llevar a cabo en función de las necesidades y características del grupo.

### **Taller nº 10. Taller de estimulación sensorial**

- Duración: 1 hora
- Objetivos específicos:
  - a) Trabajar habilidades cognitivas como el razonamiento, la memoria sensorial y la percepción
  - b) Estimular los distintos canales sensoriales
  - c) Mantener a los participantes conectados con el mundo que les rodea
- Recursos materiales: sillas, mesas, proyector, estímulos sensoriales para cada categoría, papel y lápiz.
- Descripción:

El taller sensorial consiste en presentar a cada participante diferentes estímulos a través de los sentidos. Se trabajará con estímulos olfativos, táctiles, auditivos y visuales. Todas

las pruebas se realizarán con los ojos vendados, para tratar de potenciar el sentido necesario para la identificación del estímulo, a excepción de la prueba visual. Para agregar un componente social y más dinámico, elaboramos dos o tres grupos con los miembros del taller. Cada grupo ganará un punto por cada vez que adivinen el objetivo. Durante unos minutos se les presenta el estímulo para tratar de identificarlo, después este se retira y los usuarios escriben sus respuestas con el nombre de lo que creen que era el objeto. Las respuestas son individuales y se anotan en un papel para evitar condicionar a los compañeros. Se suma a cada equipo el número de aciertos que hayan conseguido entre todos los miembros. Las presentaciones de los estímulos serán de la siguiente manera:

- *Olfato*: se presentan una serie de objetos con olores característicos como son los frutos rojos, la canela, la lavanda, el café o el ajo. Los usuarios con los ojos vendados deben tratar de identificar el objeto utilizando únicamente el olfato.
- *Tacto*: al igual que en el caso anterior, se presentan objetos con texturas diferentes que deben reconocer sólo por el tacto. Algunos de los estímulos que se usan en este caso pueden ser una esponja, monedas, un ovillo de lana, un cepillo, una llave, plumas, piedras o una cuchara.
- *Oído*: en este caso los estímulos auditivos son fragmentos de diferentes sonidos de nuestro entorno natural (sonido del mar, pájaros cantando, ladrido de un perro, sonido del tren, alarma de incendios, etc.). Aunque no sería necesario para el reconocimiento, se realiza también esta parte del taller con los ojos vendados para potenciar el sentido del oído.
- *Vista*: para esta parte del taller los sujetos, ya sin la venda puesta, deben identificar los estímulos que se presentan a través del proyector. Los estímulos pueden aparecer con la imagen ampliada con el zoom, de forma que solo se ve parte de la misma, con la imagen distorsionada y borrosa o bien se debe reconocer el objeto a través de su sombra.

## **Taller nº 11. Gymkana**

- Duración: 1 hora
- Objetivos específicos:
  - a) Estimular los dominios cognitivos mediante diferentes actividades y retos
  - b) Fomentar el contacto social y el trabajo en equipo
  - c) Incluir la actividad física como recurso para mejorar el bienestar general de los individuos
- Recursos materiales: adivinanzas, trabalenguas, pelotas, canastas/cestos, papel y lápices, objetos para esconder y mapa-puzzle.
- Descripción:

Siguiendo la dinámica de las tradicionales gymkanas, se conforman dos grupos con los participantes (elaborados por los profesionales para compensar el nivel general) y se presentan una serie de pruebas o retos mentales que deben ir superando. Para pasar de un reto a otro, deben responder adecuadamente o alcanzar el objetivo de cada prueba. Al igual que en otras actividades ya presentadas, podemos variar el contenido de las pruebas adaptándolas a los gustos e intereses que hayamos ido observando a lo largo de las sesiones. El premio final también debe ser un estímulo motivador para los mayores y ha de consensuarse previo al inicio de la actividad.

En este caso también es conveniente variar la dificultad o exigencia de las pruebas para que todos los usuarios puedan participar de forma equitativa, intercalando pruebas que requieran un mayor esfuerzo cognitivo y otras más sencillas de mero entrenamiento y práctica de habilidades preservadas.

Algunos ejemplos de las actividades que se pueden incluir en la gymnkana serían:

- *Adivinanzas*: se entrega un sobre a cada grupo en el que encontrarán una adivinanza (diferente para cada grupo pero de igual dificultad). Tienen que dar la respuesta al coordinador que les dirá si la respuesta es válida. Si se atascan y pierden mucho tiempo este les ofrecerá pistas para resolver el reto. Ejemplo de adivinanza:

“Tiene dientes y no come, tiene cabeza y no es hombre. ¿Qué es?” El ajo.

“Desde el lunes hasta el viernes soy la última en llegar, el sábado soy la primera y el domingo a descansar. ¿Quién soy?” La letra S.

- *Trabalenguas o poemas*: todo el grupo debe memorizar un pequeño poema o un trabalenguas. Una vez aprendido deben recitarlo al coordinador para que les dé el visto bueno para continuar. Ejemplo de trabalenguas:

“Por desenredar el enredo que ayer enredé, hoy enredo el desenredo que desenredé ayer.”

- *Prueba física*: entre todos deben encestar 5 pelotas en un cesto/canasta que se encuentra a una distancia considerable pero adaptada a su movilidad. Todos los miembros del grupo deben participar en la prueba, alternando los turnos de tiro.
- *Reto mental*: formar 5 palabras con las letras que forman la palabra “Constantinopla”.
- *Buscar un objeto*: dada una descripción de un objeto (una bola roja, por ejemplo), tienen que buscarlo por la sala hasta encontrarlo.
- *Reconstruye el mapa*: este mini-reto consistiría en un rompecabezas pero cuyo resultado final será un mapa. A través de una serie de instrucciones escritas cada grupo debe tratar de recomponer el mapa colocando cada pieza en el lugar correcto. Por ejemplo, si contamos con 6 imágenes de lugares diferentes que conforman una isla, las instrucciones nos irán diciendo en qué lugar colocar cada una de ellas. Ej: “El faro se encuentra al norte de la cabaña”, lo cual quiere decir que la imagen del faro debemos colocarla encima de la de la cabaña.
- *¿Dónde está?*: una vez tengan reconstruido el mapa de la prueba anterior, añadimos una descripción de un lugar de los presentados en las imágenes. El objetivo es adivinar de cuál de ellos se trata a través del razonamiento lógico.

## **Taller nº 12. Dinámica de despedida y bingo**

- Duración: 90 minutos

- Objetivos específicos:
  - a) Ofrecer un momento de introspección y reflexión sobre las actividades de los últimos meses
  - b) Dar un cierre significativo a los talleres grupales, a través de la expresión de emociones, opiniones y experiencias
  - c) Mejorar la autoestima y las relaciones interpersonales de los participantes
- Recursos materiales: folio, material para escribir, fotografías de talleres previos, cartulina tamaño A3, material de manualidades (pegamento, rotuladores, pegatinas, purpurina,...).

- Descripción:

- Dinámica de despedida *El último mensaje* y *Mural de los recuerdos*: para terminar las sesiones grupales se llevan a cabo dos dinámicas destinadas a la despedida y al cierre de la intervención grupal.

En la primera, *el último mensaje*, el grupo se sienta en las sillas formando un círculo. El coordinador reparte un folio en blanco en el que, por turnos, deberán ir escribiendo en una frase un mensaje de despedida para el grupo o una pequeña valoración sobre qué es lo que se llevan de estos talleres o qué les ha gustado más de la experiencia. El mensaje puede ser anónimo o pueden firmarlo al final. Cuando escriben la frase, doblan el folio y lo pasan al siguiente compañero, de manera que nadie puede ver los mensajes escritos previamente. Una vez hayan escrito todos en el papel, el coordinador de la sesión leerá en voz alta todo lo escrito en el folio.

El *mural de los recuerdos* consiste en que los participantes elaboren un mural o cartel con las fotos recopiladas de las distintas sesiones grupales y las actividades que en ellas se elaboraron. Las fotos las proporciona el coordinador, de manera que son ellos quienes eligen cuáles poner, cómo distribuirlas, etc. También se les invita a que escriban en el cartel emociones, sentimientos o palabras que describan lo que han vivido a lo largo de estos meses (amistad, diversión, aprendizaje,...), así como pequeños dibujos o decoraciones. Es

importante que todos participen en la elaboración del cartel, compartiendo recuerdos y emociones. Al finalizar, se elegirá un lugar de la entidad donde colocar el mural.

- Bingo: Si las dinámicas de cierre son rápidas y contamos con tiempo suficiente, la sesión terminaría jugando una partida al bingo. Es un clásico juego de entretenimiento que no tiene gran complejidad y que nos permite trabajar fundamentalmente aspectos relacionados con la atención sostenida y selectiva, la memoria, la discriminación visual y el manejo de los números. En este caso se plantea como último juego colectivo para despedir los talleres de una manera divertida, compartiendo un momento de ocio y con un premio final para todos los asistentes (unas pastas u otro tipo de recompensa que pueda ser del agrado de todos los sujetos).

#### **4.6.3. Talleres para familias**

Los talleres para las familias se organizan con el fin de complementar la formación de la principal red de apoyo del paciente, ofreciendo más recursos e información que permitan adecuar la respuesta en el hogar al diagnóstico de DCL. Se fundamentan en la idea de que cuanto más experta hagamos a la familia en el trastorno, mejor responderán en el hogar ante los déficits y más rápido se detectaran los signos de alarma ante una posible progresión de la enfermedad.

De igual modo, se trata de mejorar la calidad de vida de estas familias mediante pautas y estrategias que les faciliten adaptarse a esta nueva situación tras el diagnóstico. Como objetivo fundamental de esta intervención se especificó *“dotar a la familia de los pacientes con DCL de información y recursos para adecuar la respuesta en el hogar, fomentando la coordinación con la entidad para trabajar con un objetivo común”*.

Estos talleres se diseñan para atender dicho objetivo, junto con la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La convivencia y las relaciones familiares tienen un efecto directo sobre la percepción de calidad de vida de los individuos y con estos talleres se pretende minimizar las posibles reacciones negativas en el hogar derivadas del diagnóstico y la sintomatología propia del DCL.

## **Taller nº 1. Deterioro Cognitivo Leve ¿qué es? (Taller de Psicoeducación)**

*Duración:* 1 hora.

*Materiales:* Proyector y ordenador.

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a y neuropsicólogo

*Descripción del taller:* la psicoeducación es una herramienta terapéutica que consiste en proporcionar a la familia (además de al paciente) toda la información científica necesaria para que conozcan en profundidad el trastorno o la enfermedad (Godoy et al., 2019). Para este primer taller las familias ya cuentan con información genérica sobre el DCL, ya que el tratamiento con su familiar ya ha comenzado y se les ha proporcionado esta información en las entrevistas iniciales. Por tanto, este taller está destinado a profundizar en aspectos relativos a:

- Diferencias entre envejecimiento patológico y no patológico → qué síntomas se deben asociar al trastorno y cuales son propios de la edad y del proceso de envejecimiento normal.
- Alteraciones cognitivas y conductuales más frecuentes en pacientes con DCL.
- Neuroplasticidad → definición del concepto y su relación con el DCL y el tratamiento.
- Posibilidades de evolución del trastorno → en este caso es importante distinguir la variabilidad de la evolución del DCL, pudiendo revertirse, mantenerse o evolucionar a distintos tipos de demencia.
- Tratamientos actuales eficaces → en este caso se explican los componentes que conformen de forma general un programa integral de intervención en DCL y la finalidad de los mismos (estimulación o entrenamiento cognitivo, apoyos en el hogar, actividades grupales), así como opciones farmacológicas utilizadas habitualmente como complemento terapéutico.

## **Taller nº 2. Estrategias y recursos para las familias.**

*Duración:* 1 hora.

*Materiales:* proyector y ordenador

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a

*Descripción del taller:* Este segundo taller tendrá como objetivo ofrecer a las familias estrategias y consejos sobre cómo actuar en el hogar ante la sintomatología del DCL, de forma que sus respuestas ayuden al familiar en lugar de limitar su autonomía. En este sentido, se plantean una serie de pautas que se aconseja a todas las familias que sigan para potenciar la independencia del sujeto y evitar alteraciones conductuales y/o emocionales. Estas son:

- Emplear ayudas externas para combatir los olvidos cotidianos: se fomenta el uso de una agenda personal para el individuo, anotaciones en calendarios con fechas o citas señaladas, así como otros materiales visibles (post-its, notas, listas, etc) en los que anotar acontecimientos diarios, tareas pendientes y citas (toma de medicación, horarios de consultas,...).
- Ser paciente: el contacto diario con pacientes con DCL y los olvidos constantes son cuestiones que en muchas ocasiones hacen que los familiares pierdan los nervios. Es importante no culpar al individuo y mantener la calma en esos momentos que pueden resultar frustrantes.
- Hacer que se esfuercen hasta dónde sabemos que son capaces: hay personas con DCL que, si tienen al lado a alguien que les ayuda a recordar todo, van a acomodarse a esta nueva situación, evitando así esforzarse por recordar y reduciendo su actividad cognitiva. Es habitual que ante una pregunta determinada contesten sistemáticamente “No lo sé”, sin ni siquiera haberse parado a pensarlo. Por esto es importante que no respondamos por ellos y que les obliguemos a pensar o razonar las respuestas, dando pistas si es necesario, y ofreciéndoles más tiempo para responder. Lo fundamental es no presionar y conocer los límites de nuestro familiar, sabiendo qué respuestas puede dar con

cierta ayuda y cuando el olvido es real y, por tanto, no podrán contestar porque realmente no se acuerdan.

- Establecer rutinas: las rutinas son fundamentales para facilitar el día a día de estas personas, reduciendo así los despistes y olvidos. Si no tienen establecida una rutina diaria, las familias deben ayudar a crear una adaptada a sus necesidades y actividades cotidianas (hora para hacer la compra, la comida, actividades de ocio, horario para acostarse, etc).
- Mantener su autonomía (no limitarles): permitirles tomar sus propias decisiones y mantener la realización de las actividades de su vida diaria, tanto en el hogar como en lo relativo al ocio y la vida social. Deben seguir manteniendo sus responsabilidades y libertades, aunque precisen de ayuda para realizar determinadas tareas o tengan que ir acompañados.
- Adaptar la comunicación: además de precisar más tiempo para elaborar las respuestas, debemos realizar las preguntas de una en una, no sobrecargándoles de información pues dificultaremos su correcto procesamiento. Por otro lado, el lenguaje empleado debe ser sencillo y claro, hablando de forma comprensible y audible. Será conveniente que procuremos establecer contacto visual para conversar, ya que así captaremos mejor su atención. En el caso de que le estemos pidiendo realizar una tarea compleja, es mejor dividirla en pequeños pasos u órdenes para facilitar su ejecución. Se trata de adaptar nuestra forma de comunicarnos, no el contenido; es el cómo y no el qué, puesto que su comprensión no se verá afectada por el DCL, sí su atención.

### **Taller nº 3. Taller de Hábitos Saludables**

*Duración:* 1 hora.

*Materiales:* Proyector, ordenador, ficha “Pirámide de la Alimentación Saludable” (Anexo 11)

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a

*Descripción del taller:* En este caso, el taller se dirige a concienciar a las familias sobre la importancia de mantener unos hábitos de vida saludables para lograr un envejecimiento saludable. Concretamente, se especifican los beneficios reportados por diversos estudios científicos sobre la relación entre los hábitos saludables y el deterioro cognitivo. El objetivo de este taller es modificar, en la medida de lo posible, los hábitos de consumo perjudiciales que puedan existir en las dinámicas familiares, así como fomentar la práctica de aquellas acciones beneficiosas para el estado de salud general del individuo y su funcionamiento cognitivo en particular. En concreto se abordarán los siguientes puntos:

- **Ejercicio físico** → se destaca la importancia de mantener cierto nivel de actividad física a lo largo de todo el ciclo vital y sus beneficios. También se aborda el sedentarismo y su relación directa con el deterioro cognitivo. Se ofrecen pautas y consejos para instaurar la actividad física en el día a día de las familias.
- **Alimentación** → los hábitos alimenticios se trabajan a través de la ficha proporcionada con la pirámide de los alimentos (Anexo 11), destacando la importancia de mantener una dieta equilibrada y sin excesos. Se especifica además los beneficios reportados de la dieta mediterránea en la reducción del DCL y su conversión a EA (Olivera-Pueyo y Pelegrín-Valero, 2015).
- **Tabaco, alcohol y otras sustancias** → se aborda la cuestión del consumo continuado de tabaco así como la ingesta de alcohol u otras sustancias y su asociación directa con un mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, así como otras muchas patologías (problemas cardiovasculares, cáncer, etc). Del mismo modo, se ofrecen pautas para las familias y opciones para reducir estas conductas de consumo, información sobre distintas organizaciones y programas de reducción de consumo de sustancias, así como entidades específicas que pueden ayudar a abordar esta problemática si se trata de una situación de abuso de sustancias.

#### **Taller nº 4. Estimulación en el hogar**

*Duración:* 1 hora.

*Material:* proyector, ordenador

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a

*Descripción del taller:* El trabajo complementario en el hogar será fundamental para potenciar al máximo la intervención cognitiva con los pacientes. En este taller se tratará por tanto de ofrecer recursos y pautas a las familias sobre actividades y tareas que pueden llevar a cabo en el hogar con sus familiares con DCL para seguir entrenando sus habilidades cognitivas. En este sentido, se explican las siguientes actividades y sus beneficios frente al deterioro:

- **Pasatiempos en lápiz y papel:** autodefinidos, sopas de letras, sudokus o cruzadas son algunos de los pasatiempos tradicionales que de forma sencilla pueden utilizarse en el hogar como herramienta de estimulación cognitiva. Dedicar al día un tiempo determinado (15-20 minutos) a estas actividades permite al sujeto seguir entrenando su capacidad cognitiva sin necesidad de estar con un especialista al lado. Son recursos de fácil adquisición y sencillos de comprender.
- **Juegos de mesa en familia:** las cartas, el parchís, los puzzles o el dominó pueden ser ejemplos de juegos que todas las familias poseen o al menos resultan familiares en nuestra sociedad. Se trata de instaurar el uso semanal de estos pasatiempos para fomentar no solo el entrenamiento de los dominios cognitivos sino también el contacto social, así como fortalecer los vínculos familiares, pasando un tiempo de ocio divertido en familia ya que son juegos aptos para todas las edades.
- **Actividades culturales y al aire libre:** se propone a las familias experiencias al aire libre como excursiones y visitas a museos o monumentos de la ciudad (o fuera de ella si existe la posibilidad) para fomentar el uso del tiempo libre de una manera saludable, activando tanto el cuerpo como la mente, adquiriendo nuevos conocimientos y viviendo nuevas experiencias, pues la edad no debe ser un impedimento para limitar la actividad física, social y cultural. Se ofrecerá información sobre recursos disponibles por parte de entidades públicas, eventos

que pueden ser de interés cultural (teatro, exposiciones, etc.), visitas guiadas por la ciudad y otras actividades específicas para realizar con personas mayores.

### **Taller nº 5. Las TIC como recurso terapéutico.**

*Duración:* 1 hora

*Material:* proyector, ordenador

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a

*Descripción del taller:* este taller se destina a la enseñanza de la aplicación de recursos digitales en el hogar como herramientas terapéuticas. De forma específica se muestran a través del proyector las distintas aplicaciones y webs donde se pueden encontrar materiales y actividades para realizar en casa, cómo se accede a ellas, los requisitos o limitaciones de cada una, cuáles son gratuitas y cuáles de pago, y los beneficios de su utilización en el día a día.

Las aplicaciones y páginas web que se mostrarán son: Lumosity, Stimulus Lite, NeuroNation, Skillz, Cognifit, Madridsalud.es, Ecognitiva.com, Crealzheimer.es, Blogcrea (IMSERSO).

### **Taller nº 6. Compartiendo experiencias (Prevención de la sobrecarga emocional)**

*Duración:* 1 hora

*Material:* proyector, ordenador, lápices y test de Zarit (Anexo 12)

*Profesional encargado de la sesión:* psicopedagogo/a

*Descripción del taller:* el último taller para familias se dedica al manejo de emociones y la prevención de la sobrecarga, habitual en aquellos que se dedican a cuidar a personas con alguna patología como el DCL o el Alzheimer. Para comenzar, el psicopedagogo explicará la importancia que tiene cuidar al cuidador y

auto-cuidarse en situaciones como la dependencia de un familiar. En este taller se tratarán:

- Síntomas del cuidador quemado: tristeza, soledad, agotamiento físico y mental, frustración, miedo y enfado.
- Pautas y consejos para prevenir o reducir estos sentimientos: importancia del apoyo social y familiar, reparto de responsabilidades, fomentar el auto-cuidado, mantener rutinas, tener tiempos de descanso y desconexión, buscar ayudas externas de administraciones públicas o privadas y aprender a gestionar las emociones derivadas del diagnóstico del familiar.
- Test de Zarit (Anexo 12): evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar. Cada participante realizará el test de forma individual y podrán tener información directa de su situación actual con respecto a la sobrecarga que pueden estar viviendo. Esto les hará conscientes de la necesidad de buscar otras ayudas si fuera necesario y de empezar a gestionar la situación de una manera diferente a lo que estaban haciendo hasta ahora.

Para finalizar el taller, se invitará a los participantes del taller a compartir sus experiencias relacionadas con estos sentimientos, cuándo se sintieron así, cómo lo afrontaron, qué pueden hacer la próxima vez que se sientan así, etc.

Se termina el taller recordando los recursos disponibles para las familias tanto de carácter público como privado para las distintas problemáticas tratadas a lo largo de estos meses como pueden ser el Servicio de Salud de la comunidad autónoma, la Fundación Alzheimer España o el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

#### **4.7. Evaluación**

Para la evaluación de esta propuesta de intervención se ha planteado realizar evaluaciones para cada bloque de actividades. Es decir, se evalúan de forma independiente las sesiones individuales, los talleres grupales y los talleres de familias, ya que cada bloque tiene unos objetivos concretos y se dirige a diferentes grupos o individuos.

Empezando por las sesiones individuales, estas tendrán unos objetivos específicos en función del paciente y su perfil cognitivo. Aunque el objetivo genérico es enlentecer el proceso de deterioro, las diferencias entre individuos nos marcarán distintos objetivos terapéuticos al inicio del proceso. Para la valoración final del estado cognitivo de los sujetos se utilizará el mismo test de cribado que empleamos en la evaluación inicial, el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (Anexo 2). Esta prueba nos permitirá comprobar en qué áreas concretas ha habido deterioro, si se han mantenido al mismo nivel o si incluso hay mejoras después de la intervención. La comparación de la puntuación global con la puntuación obtenida al inicio (comparación pretest-postest) nos permitirá comprobar si la intervención ha servido para mantener un nivel de funcionamiento similar y, por tanto, enlentecer el proceso de deterioro cognitivo, que era uno de los objetivos principales de la intervención. En caso de detectar un rendimiento inferior en alguna de las funciones cognitivas, se plantearía realizar la evaluación específica de dicha función, empleando siempre que sea posible los mismos test que en la evaluación inicial (Anexo 4) para, de nuevo, comparar las puntuaciones entre la evaluación inicial y la final.

Además de esta información cuantitativa sobre el nivel cognoscitivo del sujeto, también debemos tener en cuenta el feedback directo que nos proporcionan tanto los pacientes como sus familiares durante todo el proceso de intervención y al finalizar el mismo. Otra cuestión a tener en cuenta es que debido a la edad, pueden haber surgido en este periodo de tiempo otras patologías o alteraciones y, en consecuencia, que los resultados estén afectados por dichas variables, por lo que han de tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados.

Para evaluar las sesiones individuales se ha elaborado una plantilla que ha de completar el profesional a cargo de la sesión para comprobar el rendimiento general del sujeto durante la misma. Cada sesión tendrá distintos objetivos dependiendo de las actividades que vayan a realizarse. Siguiendo una escala tipo Likert se valora la ejecución de cada actividad de forma individual. Se incluye también un espacio para anotar posibles dificultades o cuestiones a tener en cuenta del rendimiento en cada tarea y en la sesión general. Los objetivos han de plantearse en el momento de diseño de la sesión, dónde se planifica qué actividades realizaremos y qué queremos conseguir con ellas. El grado de consecución de los objetivos se valora como Conseguido (C), No Conseguido (NC) e Intermedio (I).

Sesión nº__	Objetivo	Grado de consecución	Observaciones
<b>Actividades Lápiz y papel</b>			
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			
Actividad 4:			
<b>Actividades ordenador/tablet</b>			
Actividad 1:			
Actividad 2:			
<b>Juego:</b>			
<b>Observaciones de la sesión:</b>			

Tabla 1. Hoja de evaluación de las sesiones individuales

Por último, a nivel individual se utilizará de nuevo el Cuestionario WHOQOL-BREF (Anexo 9), el cual nos aporta información sobre la calidad de vida percibida del sujeto. Gracias a este cuestionario comprobaremos si la calidad de vida de los individuos ha variado respecto al inicio de la intervención; siendo este uno de nuestros principales objetivos de trabajo.

Con respecto a los talleres grupales de estimulación cognitiva, estos se valorarán al final de cada sesión con un cuestionario que los asistentes deben cumplimentar. Este cuestionario contiene 10 ítems relativos a los objetivos genéricos que se trabajan en los talleres, así como cuestiones sobre el espacio, los recursos y el ambiente grupal. Se valora la satisfacción general de los usuarios con cada taller y se pide que indiquen tanto lo más positivo de los mismos como lo que menos les haya gustado, lo que nos permitirá tener información directa para realizar cambios y modificaciones en los talleres para mejorarlos de cara al futuro. La valoración será tipo Likert, con puntuaciones del 1 al 5 en función del acuerdo-desacuerdo con cada afirmación, tal como se indica en la tabla presentada a continuación (Tabla 2).

	<b>Puntuación</b>	<b>Observaciones</b>
Me he sentido motivado y/o interesado por las actividades planteadas		

La organización del taller ha sido adecuada		
El ambiente del grupo es agradable		
Me he sentido frustrado o nervioso durante el taller		
He aprendido algo nuevo en el taller		
Valore su nivel de satisfacción con el taller		
Valore su nivel de participación en las actividades propuestas en el taller		
Volvería a realizar el taller		
La sala y el material son adecuados		
La duración del taller ha sido adecuada		
Lo mejor del taller ha sido:		
Lo que menos me ha gustado:		
Comentarios:		

<b>1</b>	Totalmente en desacuerdo
<b>2</b>	En desacuerdo
<b>3</b>	Ni en acuerdo ni en desacuerdo
<b>4</b>	De acuerdo
<b>5</b>	Totalmente de acuerdo

Tabla 2. Cuestionario para usuarios de talleres grupales de estimulación

Para completar esta evaluación, el psicopedagogo a cargo de cada taller debe valorar la consecución de los objetivos específicos de cada sesión mediante una autoevaluación. En este caso el cuestionario debe estar formulado específicamente para cada uno de los talleres propuestos, ya que los objetivos de cada sesión son diferentes. El cuestionario se divide en dos partes, la primera relativa a los objetivos, que seguirá el mismo tipo de puntuación que las sesiones individuales (Conseguido, No Conseguido, Intermedio), y

la segunda con una puntuación tipo Likert de 1 a 5 como la previamente descrita, en la que se valoran otros aspectos sobre el funcionamiento del taller.

A continuación se presenta el cuestionario de valoración del taller nº1 a modo de ejemplo.

<b>Objetivos</b>	<b>Grado de consecución</b>	<b>Observaciones</b>
a) Presentar a cada miembro del grupo		
b) Trabajar la atención y la memoria de forma dinámica		
c) Fomentar momentos de ocio y relación social		
	<b>Puntuación (1 a 5)</b>	<b>Observaciones</b>
El ambiente grupal ha sido adecuado		
La duración de la sesión ha sido adecuada		
La participación del grupo ha sido buena		
Los recursos materiales se adaptaban a las necesidades		
El desarrollo de las actividades ha sido como cabría esperar		
Observaciones:		
Aspectos a mejorar:		

Tabla 3. Cuestionario de autoevaluación para profesionales

Los talleres para las familias se evaluarán de igual modo mediante un cuestionario de satisfacción de los participantes. En este caso también se ofrece un espacio de reflexión y opinión sobre aspectos de mejora de los talleres. El cuestionario entregado a cada participante seguirá la plantilla presentada a continuación (Tabla 4).

	<b>Puntuación</b>	<b>Observaciones</b>
Me he sentido motivado y/o interesado por los contenidos y actividades del taller		
La organización del taller ha sido adecuada		
El ambiente del grupo es agradable		
La información aportada ha sido adecuada		
La exposición por parte del profesional ha sido satisfactoria		
El taller ha cumplido con mis objetivos		
He adquirido nuevos conocimientos gracias al taller		
La sala y el material empleados en el taller son adecuados		
Valore su nivel de satisfacción con el taller		
Lo mejor del taller ha sido:		
Sugerencias de mejora:		
Comentarios:		

Tabla 4. Cuestionario para participantes de talleres para familias

Por su parte, los profesionales que realicen estas sesiones también realizarán una autoevaluación al finalizar cada taller para comprobar el grado de consecución de los objetivos y la participación del grupo, así como posibles dificultades que hayan surgido a lo largo del mismo, siguiendo el modelo de autoevaluación diseñado previamente para los talleres (Tabla 3).

## 5. Conclusiones

El Alzheimer es una enfermedad que, por desgracia, afecta cada vez a más personas. Por ello, si existe la posibilidad de retrasar la aparición de dicha enfermedad, se debe hacer todo lo posible desde los distintos ámbitos de actuación sociosanitaria. Es por esto que el presente trabajo se dirige a crear una intervención específica para Deterioro Cognitivo Leve, puesto que, como hemos visto en la fundamentación teórica, parece ser el “paso previo” a la aparición del Alzheimer.

Sin embargo, una vez realizado este trabajo, comprendo la dificultad para diseñar intervenciones o protocolos de actuación generales para este colectivo. La heterogeneidad de la población con DCL y la variabilidad en la progresión de la patología hacen realmente complejo diseñar actividades que sean válidas para distintas personas. Por ello, a lo largo del trabajo se habla de forma insistente de la necesidad de adaptar todos los recursos al perfil de cada individuo. Partimos de una propuesta general que, si se llevara a la práctica, sería necesario adaptar de forma específica a cada caso, a cada sesión y a cada momento evolutivo de la patología.

De igual modo, es especialmente relevante atender desde la Psicopedagogía a todas las áreas de desarrollo del sujeto que se ven afectadas por el DCL. Esto es, de acuerdo con el modelo biopsicosocial, la esfera biológica, la social y la psicológica. Teniendo esto en cuenta, la intervención ha de ser multidisciplinar en todo caso. Los psicopedagogos podemos tener un papel fundamental en el diseño de estas intervenciones, pero es necesario contar con especialistas en el ámbito del DCL y, por ende, de la neuropsicología y la gerontología.

A pesar de que la propuesta de este trabajo no ha podido llevarse a cabo, quedándose meramente en una propuesta teórica, de acuerdo con Petersen et al. (2018), las intervenciones cognitivas son una buena práctica que resulta eficaz en la mayoría de casos de personas con DCL. García y Carro (2011) apuntan que el 75% de pacientes con demencias leves-moderadas se benefician de las Terapias No Farmacológicas. Aún es necesaria más investigación al respecto para establecer pautas que faciliten el diseño de dichas intervenciones. No sabemos qué componentes de las intervenciones resultan más eficaces, ni el número de sesiones, ni metodologías ni actividades más apropiadas (González et al., 2012). Esta información permitiría crear nuevos programas específicos para trabajar con personas con DCL de una manera más eficaz y eficiente.

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio del presente trabajo, cabe mencionar que el objetivo general se ha cumplido con la realización de la propuesta de intervención presentada previamente. Esta propuesta parte de los principios del modelo biopsicosocial, trata de dar respuesta a las posibles necesidades de los sujetos con DCL y su familia y para su diseño se han utilizado diferentes herramientas y recursos psicopedagógicos.

En cuanto a los objetivos específicos, a continuación se expone el grado de consecución de los mismos:

- a) Realizar una revisión bibliográfica actual para tener una comprensión profunda del concepto de Deterioro Cognitivo Leve (DCL).

Para la realización de la fundamentación teórico y de la posterior intervención he llevado a cabo una lectura extensa de artículos científicos principalmente y manuales de carácter psicológico, ya que son las principales fuentes de información para conocer en profundidad esta patología. Es evidente que la bibliografía ha tratado de ser lo más actual posible. Sin embargo, como parte de mi formación previa a la realización del Máster conocía esta patología y tenía información sobre algunos autores que eran relevantes en el campo de la neuropsicología y la vejez como es el caso de Peña-Casanova, Fernández-Ballesteros o Javier Tirapu, por lo que era de obligado cumplimiento leer trabajos de los citados autores como punto de partida, y tener en cuanto lo expuesto por ellos previamente, a pesar de que en algunos casos no sean cuestiones recientemente publicadas, pero que siguen usándose en la práctica clínica actual.

- b) Ampliar los conocimientos sobre el papel de la psicopedagogía en el ámbito de la Gerontología, así como sus limitaciones y posibilidades de desarrollo futuras.

Quizá por mi experiencia previa y mi opinión crítica respecto al intrusismo laboral que existe en el mundo de la psicología, creo que aún es necesaria una limitación más clara de las funciones de un psicopedagogo en el ámbito de la Gerontología. En los trabajos publicados en los últimos años es escasa la mención que se hace de este profesional en lo que respecta a las intervenciones de carácter cognitivo. Estas quedan en manos fundamentalmente de neuropsicólogos o psicólogos clínicos especializados en el campo. Sin embargo, la necesidad de abordar el DCL desde una perspectiva

biopsicosocial para proporcionar una respuesta adecuada a todas las necesidades de los sujetos hace que nuestra labor sea fundamental como parte implicada de manera directa en el diseño de la intervención y la detección de las necesidades en la esfera familiar, social o emocional. Probablemente sea en este campo en el que nuestro trabajo pueda tener un mayor peso en el futuro, gracias a la nueva concepción de la mayoría de problemas de los individuos desde un punto de vista más integral y global.

- c) Diseñar una intervención integral que dé respuesta a las necesidades identificadas de los pacientes con DCL y sus familias a través de distintas metodologías (entrenamiento y estimulación cognitiva, talleres grupales, Psicoeducación,...).

El uso de herramientas y recursos diferenciados ha sido uno de los puntos fundamentales para el diseño de la intervención, ya que consideraba que es necesario emplear todas aquellas herramientas a nuestro alcance que han demostrado ser eficaces para trabajar los dominios cognitivos, las habilidades sociales, etc.

En todo momento fui consciente de que sería más sencillo elegir tan solo un tipo de metodología para un único fin. Pero si tratamos de mejorar la calidad de vida de las personas con DCL, debemos atender de forma específica y con las herramientas más adecuadas para cada objetivo todo aquello que se vea afectado directa e indirectamente por la patología. Es decir, la familia, las relaciones sociales, la autonomía, el funcionamiento cognitivo general y, en definitiva, la calidad de vida de las personas. Para abordar todas estas cuestiones es necesario adaptar la respuesta profesional y emplear por tanto distintos recursos, estrategias y metodologías.

- d) Adaptar recursos educativos y TIC para su implementación en el ámbito de la Gerontología, concretamente para pacientes con DCL.

Dado que nunca he tenido la oportunidad de trabajar en este ámbito profesional, la única experiencia de la que partía era de recursos destinados a la infancia (niños con TDAH, TEA, riesgo de exclusión, etc.). La psicopedagogía hasta ahora era considerada parte de la educación formal y, por tanto, trabajaba en estas primeras etapas del ciclo vital. Sin embargo, gracias a la lectura e investigación de otros programas previamente diseñados para pacientes con DCL o Enfermedad de Alzheimer, se pueden adaptar los recursos que conocemos tradicionalmente utilizados con niños y jóvenes para emplearlos con

personas mayores. Por ejemplo, el programa Ardora está diseñado para ser empleado en el ámbito educativo, pero en este caso según el contenido de las actividades que elijamos puede ser perfectamente utilizado por adultos y personas mayores. Lo mismo ocurre con los juegos y las actividades de estimulación cognitiva, que podrían servir, adaptando la dificultad y el contenido, para trabajar con otros colectivos.

- e) Plantear una propuesta de forma general que al mismo tiempo pueda adaptarse y atender las necesidades individuales de cada persona, basándonos en el modelo biopsicosocial.

Como decía anteriormente, al tratarse de una propuesta teórica basada en las características generales de las personas con DCL sólo puede plantearse la intervención de una manera genérica, especialmente en lo que respecta a las sesiones de entrenamiento cognitivo individual. Estas actividades parten de premisas generales y de programas de intervención previos pero que pueden adaptarse en todo momento a las peculiaridades de cada individuo. La complejidad de las mismas, la duración o los contenidos que se incluyen pueden variarse a lo largo de toda la intervención, adaptándose a las necesidades e intereses del sujeto y a la evolución de la patología.

Tal como se especifica en el diseño de la propuesta, los perfiles cognitivos tendrán diferentes puntos fuertes y débiles, por lo que con cada individuo tendremos unos objetivos de trabajo concretos, a los cuales deben adaptarse las actividades. Es la intervención la que ha de adaptarse en todo momento a la persona, y no la persona a la intervención. Es fundamental por tanto la flexibilidad de las intervenciones y no el diseño de propuestas fijas y uniformes, porque no todo funciona para todo el mundo.

- f) Valorar y profundizar la necesidad de realizar intervenciones tempranas en DCL para retrasar la progresión del deterioro y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por último, como se planteaba desde el inicio del trabajo, la progresión del DCL y la sintomatología asociada puede pasar desapercibida hasta que llega a ser irreversible o se convierte en una demencia de carácter más grave. Para evitar esto, es fundamental la detección e intervención tempranas, para lo que es necesario saber identificar cuando hay cuestiones que se escapan a los procesos del envejecimiento normal.

Las demencias terminan, inevitablemente, del mismo modo, pero la detección precoz de estas alteraciones nos permite enlentecer el proceso de pérdida de habilidades e independencia, mejorando así la calidad de vida de estas personas y sus familias durante un tiempo mayor al que cabría esperar si no se interviene de ningún modo. Existen múltiples programas de intervención y cualquier metodología que sea la elegida es mejor que no hacer nada en esta etapa de deterioro.

Como reflexión final, me gustaría destacar la necesidad creciente que existe de concienciar más a la población respecto a las problemáticas que surgen en la llamada “tercera edad”. La situación actual nos ha demostrado que son personas que en muchos casos no gozan de una plena calidad de vida por cuestiones de discapacidad, dependencia y/o falta de recursos y apoyos sociales. Es necesario un cambio en el sistema de atención a las personas mayores que les permita tener acceso a los recursos y profesionales especializados, y que estos tengan los medios para llevar a cabo las intervenciones adecuadas para cada persona, tanto en el ámbito de las residencias como desde la atención primaria, los servicios sociales, los ayuntamientos o las fundaciones y asociaciones. Las personas mayores son miembros de pleno derecho de nuestra sociedad y como tal debemos seguir ofreciéndoles oportunidades para tener la mejor calidad de vida posible hasta el final de sus días; porque ser mayor no solo debe implicar pérdidas, sino también nuevas oportunidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aceiro, M.A., González, M., Saux, G., Rubio, M., Sanz, P., Maiques, J., Cerasuolo, L., Giannaula, R. y Grasso, L. (2016). *Las funciones ejecutivas en el Deterioro Cognitivo Leve*. Recuperado el 8 de junio de 2020 de [https://www.researchgate.net/publication/321912416\\_Las\\_Funciones\\_Ejecutivas\\_en\\_el\\_Deterioro\\_Cognitivo\\_Leve](https://www.researchgate.net/publication/321912416_Las_Funciones_Ejecutivas_en_el_Deterioro_Cognitivo_Leve)
2. Aguilar, N.S.G., Gutiérrez, G.L., y Samudio, C.M.A. (2018). *Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo*, México: Permanyer.
3. Alonso, T.V., Espí, M.M., Reina, J.M., Pérez, D.C., Pérez, A.R., Costa, M.G., Maside, A.L., Antón, E.A., Alonso, J.L. y Gil, M.F. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498.

4. Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
5. Alzheimer's Association. (2018). *¿Qué es el Alzheimer?* Alzheimer's association. <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>
6. Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud*, Madrid, España: Ediciones Pirámide.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
8. Ballesteros, S., Mayas, J., y Reales, J.M. (2013). Cognitive functions in normal aging and in older adults with mild cognitive impairment. *Psicothema*, 25, 18-24.
9. Belloch, A. y Olabarria, B. (1993). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4(2). Recuperado el 30 de junio de 2020 de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1993/vol2/arti8.htm>
10. Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M.L. y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neurología*, 4(2), 119-126.
11. Bisquerra, R. (1998). *Modelos de Orientación e Intervención psicopedagógica*. Barcelona, España: Editorial Praxis.
12. Caballero, J.C. (2010). Aspectos generales de envejecimiento normal y patológico. *Terapia ocupacional en geriatría*, 41-60.
13. Cancino, M. y Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189.
14. Carballo-García, V., Arroyo-Arroyo, M. R., Portero-Díaz, M., y de León, J. R. S. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28(3), 160-168.
15. Celorio, R.J., Alonso, M.A., del Castillo, B.O. y Meré, B.G. (6 de febrero de 2020). La importancia del Modelo Biopsicosocial frente al Modelo Biomédico en el Trabajo Social Sanitario. *Revista Médica*. Recuperado el 30 de junio de 2020 de

<https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>

16. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (2008). *Cuadernos de estimulación cognitiva*. Madrid, España: Instituto de Salud Pública
17. Clemente, Y., García-Sevilla, J. y Méndez, I. (2015). Memoria, funciones ejecutivas y deterioro cognitivo en población anciana. *European Journal of Investigation in Health, Pshychology and Education*, 5(2), 153-163.
18. Cuba-Fuentes, M., Contreras, J. A., Ravello, P. S., Castillo, M. A., y Coayla, S. A. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista Medica Herediana*, 27(1), 50-59.
19. Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
20. De la Peña, C., Parra, N., Fernández-Medina, J. y Bernabéu, E. (2017). Diferencias neuropsicológicas entre subtipos de deterioro cognitivo leve. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18. 4-14.
21. De la Vega, R. y Zambrano, A. (2018). *Deterioro cognitivo leve*. Circunvalación del Hipocampo. Recuperado el 30 de junio de 2020 de <https://www.hipocampo.org/mci.asp>
22. Demey, I. y Allegri, R.F. (2010) Intervenciones terapéuticas Cognitivas en el Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 21, 245-252.
23. Díaz-Orueta, U., Buiza, C. y Yanguas, J.J. (2009). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(3), 150-155.
24. Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (2ª ed.) Madrid, España: Ediciones Pirámide.
25. Fombuena, N. G. (2008). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer* (Tesis doctoral). Universitat Ramón Llull.
26. García, J.J. & Carro, J. (2011). Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID). *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*.

27. García, L. B. (2006). Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación a la jubilación. *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, 47, 65-88. Universidad de La Rioja.
28. Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2019). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
29. González, F. (2012). *Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve: Long Lasting Memories* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.
30. González, F., Buonanotte, F. y Cáceres, M.M. (2015). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Revista Neurología Argentina*, 7(1), 51-58.
31. González, F., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J.M., Solis, A., Losada, R., y Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Cuadernos de Neuropsicología, Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6(1), 84-102.
32. Herreras, E.B (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34.
33. Iborra, R.R. (2013). La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo. *Información psicológica*, 104, 72-83.
34. IMSERSO. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
35. Junqué, C. y Barroso, J. (2009). *Manual de Neuropsicología*. Madrid: Ed. Síntesis Psicología.
36. Justo-Henriques, S. I., Marques-Castro, A. E., Otero, P., Vázquez, F. L., y Torres, Á. J. (2019). Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. *Revista de Neurología*, 68, 281-9.
37. Leal Da Silva, B. A. (2012). *Estudio de las funciones ejecutivas en el envejecimiento* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.

38. Limón, M. R., y Ortega, M. D. C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología de la Educación*, 6.
39. Londoño, L.P (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la Facultad de Psicología, Universidad cooperativa de Colombia*, 5(8). Recuperado de:  
<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150730/555786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. López-Trejo L.A., Orozco-Sandoval R., Borboa-García C.A., y Flores-Alvarado, L.R. (2015). Relación entre deterioro cognitivo y depresión en pacientes mayores de 60. *Revista Médica*, 6(4), 258-262.
41. Luna-Lario, P., Azcárate-Jiménez, L., Seijas-Gómez, R., y Tirapu-Ustárrroz, J. (2015). Propuesta de una batería neuropsicológica de evaluación cognitiva para detectar y discriminar deterioro cognitivo leve y demencias. *Revista de Neurología*. 60(12), 553-561.
42. Martín, M.R. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
43. Martínez, M. S. (2017). Principios de la intervención psicopedagógica. *Revista Panamericana de Pedagogía: saberes y quehaceres del pedagogo*, 12, 95-100.
44. Mayo Clinic. (13 de septiembre de 2019). *Demencia: síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>
45. Migliacci, M.L., Scharovsky, D., y Gonorazky, S. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de Neurología*, 48(5), 237-241.
46. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras demencias 2019-2023*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
47. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
48. Montero, F.J., Gómez, C., Gutiérrez, J.A., Gómez, A.C. y Salmerón, S. (2018). *Envejecimiento normal/Envejecimiento patológico. Factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico*. Geriatricarea.  
<https://www.geriatricarea.com/2018/11/28/envejecimiento-normal->

[envejecimiento-patologico-factores-de-riesgo-psiquico-de-envejecimiento-patologico/](#)

49. Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M.V., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M.C. y Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, 54(5), 303-310.
50. National Institute on Aging. (2020). *Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer*. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>
51. Olivera-Pueyo, J. y Pelegrín-Valero, C. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, 5(2), 45-55.
52. Oltra-Cucarella, J. (2018). *Revisión de los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve: nuevos marcadores predictivos de la enfermedad de Alzheimer* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.
53. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (11ª ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
54. Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2019). *Demencia*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%2C%20que,mayores%20en%20el%20mundo%20entero>.
55. Organización Mundial de la Salud. (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Entre%202015%20y%202050%2C%20el,ni%C3%B1os%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os>.
56. Oviedo, D., Britton, G., y Villareal, A. (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos. *Investigación y pensamiento crítico*. 4(2), 61-91.
57. Palacio, C. R., López, G. C. H., y Nieto, L. Á. R. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. *El Ágora USB Medellín-Colombia*, 6(2), 215-226.
58. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.

59. Peña-Casanova, J. (2005). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
60. Pérez, J., Abellán A., Aceituno, P., y Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes envejecimiento en red*, 25.
61. Petersen, R. C., López, Ó., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G.S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G.S., Sager, M., Stevens, J. y Rae-Grant, A. (2018). Resumen de actualización de la guía de práctica: Deterioro cognitivo leve. *Neurology*, 90, 126-135.
62. Platz, C. (2017). *Soledad y Demencia: la relación bidireccional* (Trabajo Fin de Grado). Universidad del Rosario.
63. Prieto, J. (2014). Principios de rehabilitación neuropsicológica en Deterioro Cognitivo Leve. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/262886724 Principios de rehabilitacion neuropsicologica en el Deterioro Cognitivo Leve](https://www.researchgate.net/publication/262886724_Principios_de_rehabilitacion_neuropsicologica_en_el_Deterioro_Cognitivo_Leve)
64. Reyes-Figueroa, J. C., Rosich-Estragó, M., Bordas-Buera, E., Gaviria-Gómez, A. M., Vilella-Cuadrada, E., y Labad-Alquézar, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 50(11), 653-660.
65. Roballo, F. (22 de mayo de 2020). *Los cinco tipos de atención*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/los-cinco-tipos-de-atencion/>
66. Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, 106.
67. Sales, A. (2016). *Fronteras entre el DCL y personas mayores sanas* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia.
68. Sales, A., Redondo, R., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., y Maléndez, J. C. (2016). Diferencias entre personas mayores sanas y con deterioro cognitivo leve en variables clínicas. *Psicogeriatría*, 6, 61-67.
69. Samper, J.A., Libre, J.J., Sánchez, C. y Sosa, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(1), 27-36.
70. Sánchez-Beato, A., Galindo, M., Gemenó, M., Jiménez, A., y Prados, J. M. (2017). Flexibilidad Cognitiva y Comprensión Gramatical en Mayores con

Deterioro Cognitivo Leve de Tipo Amnésico. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 50, 137-147.

71. Sánchez, D.R. (2019). *Memoria, atención y percepción* (Trabajo Fin de Grado). Universidad Nacional de Trujillo.
72. Serrano, R. y López, B. (2015). *Ágilmente: Ejercicios mentales*. Madrid: Ediciones SM.
73. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor: Documento de Consenso*. Madrid, España.
74. Sociedad Española de Neurología. (21 de septiembre de 2019). *Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>
75. Tárraga, L. y Boada, M. (2004). *Cuadernos de repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve*. Barcelona: Editorial Glosa
76. Tirapu-Ustárroz, J., Cordero-Andrés, P., Luna-Lario, P. y Hernández-Goñi, P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurología*, 64(2), 75-84.
77. Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(2), 227-235.
78. Vicente, P.V. y Vila, P. (2018). Aportes de la Psicopedagogía a la Gerontología: Aprendizaje, envejecimiento y vejez. *Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 34-40.
79. Villaroig, L. y Muiños, M. (2018). *La atención: principales rasgos, tipos y estudio* (Trabajo Fin de Grado). Universitat Jaume I. Recuperado de: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177765/TFG\\_2018\\_VillarrogClaramonte\\_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177765/TFG_2018_VillarrogClaramonte_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
80. Villavicencio, M. E. F., Díaz, M. R., Pérez, G. J. G., Bañuelos, J. R. R., y Barbosa, M. A. V. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *Cuadernos de Neuropsicología, Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1).



## ANEXO 1. Resumen de pruebas de screening más usadas

Nombre	Evalúa	Explicación	Adecuado para
<b>Fototest</b>	Denominación, Fluidez verbal, Recuerdo libre	Se presentan 6 elementos que el sujeto ha de nombrar y posteriormente recordar. Antes de la tarea de recuerdo, se realiza la de fluidez que consiste en evocar nombres de personas agrupadas por sexo.	Personas con bajo nivel educativo o analfabetismo
<b>TAVEC</b>	Memoria y Aprendizaje	El administrador lee una lista de palabras con 16 palabras comunes que pertenecen a 4 categorías semánticas diferentes. Se pide al sujeto que recuerde tantas como pueda. Se incluyen tareas de interferencia y hasta 3 listas de palabras.	Sujetos con o sin daño cerebral a partir de los 16 años
<b>MoCA</b>	Atención, recuerdo libre, función ejecutiva, cálculo, capacidad visoespacial, orientación y lenguaje	Prueba de screening completa en 12 minutos, con puntuaciones diferenciadas para cada área evaluada.	Diferentes tipos de demencia y DCL, versión adaptada para personas con discapacidad visual, puntuaciones adaptadas a nivel de escolaridad
<b>Test del Reloj</b>	Capacidad visoespacial y funciones ejecutivas	“A la orden”: se pide al sujeto que dibuje un reloj con todos los números y que señale las once y diez con las agujas. “A la copia”: se pide copiar un reloj que marca de nuevo las 11 y diez.	Personas con bajo nivel educativo, distintos tipos de demencia y trastornos neurológicos

## ANEXO 2. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1975)

Nombre.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

### I. ORIENTACIÓN (0-10 puntos)

- Dígame el día (1).....fecha (1).....mes (1).....  
Estación.....año (1).....
- Dígame en qué lugar estamos (1).....piso (1).....ciudad (1).....  
Región (1).....país (1).....

### II. REPETICIÓN INMEDIATA (0-3 puntos) “Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto.” ÁRBOL – MESA – PERRO Número de repeticiones..... (máximo seis veces en total)

### III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0-5 puntos)

- Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100 (93 – 86 – 79 – 72 – 65...)
- Deletrear la palabra MUNDO al revés: O – D – N – U – M

### IV. MEMORIA (0-3 puntos) “¿Recuerda las tres palabras de antes? Repítalas.

### V. LENGUAJE (0-9 puntos)

- Mostrar un LÁPIZ (1).....y un RELOJ (1)..... (La persona debe nombrarlos)
- Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS  
(1).....
- Orden: “Tome este papel con su mano derecha (1), dóblelo por la mitad con ambas manos (1) y déjelo en el suelo (1).”.....
- Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide (1):

CIERRE LOS OJOS

- Escriba una frase a continuación (1):  
.....

- Copia este dibujo (1)



**ANEXO 3. Resumen de los dominios cognitivos del DSM-5. Adaptado de DSM-5 (APA, 2013)**

Dominio cognitivo	Ejemplo de síntomas u observaciones
<p><b>Atención compleja</b> (atención continua, dividida, selectiva, velocidad de procesamiento)</p>	<p><b>TN Mayor:</b> Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos, cualquier cosa que suceda en su entorno le distrae fácilmente. Incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. Tiene dificultades para retener la información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones (...). Incapaz de hacer cálculos mentales. Invierte más tiempo del habitual en pensar (...).</p> <p><b>TN Leve:</b> Tarda más que antes en hacer las tareas normales. Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes. Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas (radio, TV,...).</p>
<p><b>Función ejecutiva</b> (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad mental)</p>	<p><b>TN Mayor:</b> Abandona proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea cada vez. Tiene que fiarse de otros para planificar actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones.</p> <p><b>TN Leve:</b> Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. Tiene grandes dificultades con la multitarea o dificultades para retomar una tarea interrumpida. Se queja de una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificar y tomar decisiones. A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras (...) a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones.</p>
<p><b>Aprendizaje y memoria</b> (memoria inmediata, reciente, a largo plazo, aprendizaje implícito)</p>	<p><b>TN Mayor:</b> Se repite una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo.</p> <p><b>TN Leve:</b> Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de listas o del calendario. Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer personajes (...). Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de qué facturas están ya pagadas.</p> <p>Nota: Excepto en las formas graves (...) las memorias semántica, autobiográfica e implícita se conservan relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.</p>
	<p><b>TN Mayor:</b> Tiene dificultades con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos</p>

<p><b>Lenguaje</b> (lenguaje expresivo y receptivo)</p>	<p>generales como “eso” (...) y prefiere los pronombres a los nombres. Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. (...) Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática que acostumbran a preceder al mutismo.</p> <p><b>TN Leve:</b> claras dificultades para encontrar las palabras. A veces sustituye los términos generales por otros específicos. A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas.(...)</p>
<p><b>Habilidades perceptuales motoras</b> (percepción visual, habilidades visoconstructivas, perceptuales motoras, paxis y gnosia)</p>	<p><b>TN Mayor:</b> Tiene dificultades significativas con actividades que antes le eran familiares, desenvolverse en entornos familiares, a menudo más confuso en la penumbra, cuando las sombras y la luz escasa alteran la percepción.</p> <p><b>TN Leve:</b> Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. Es menos preciso al aparcar. Tiene que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales (...).</p>
<p><b>Reconocimiento social</b> (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)</p>	<p><b>TN Mayor:</b> Comportamientos claramente alejados de lo socialmente aceptable, muestra insensibilidad ante las normas sociales de corrección en el vestir o en los temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o aunque se lo digan directamente. Intenciones y comportamientos sin tener en cuenta la seguridad (...).</p> <p><b>TN Leve:</b> Presenta cambios sutiles de comportamiento o de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversión o introversión, menor inhibición, apatía o nerviosismo sutiles o episódicos.</p>

#### ANEXO 4. Tabla-resumen con test específicos de evaluación cognitiva

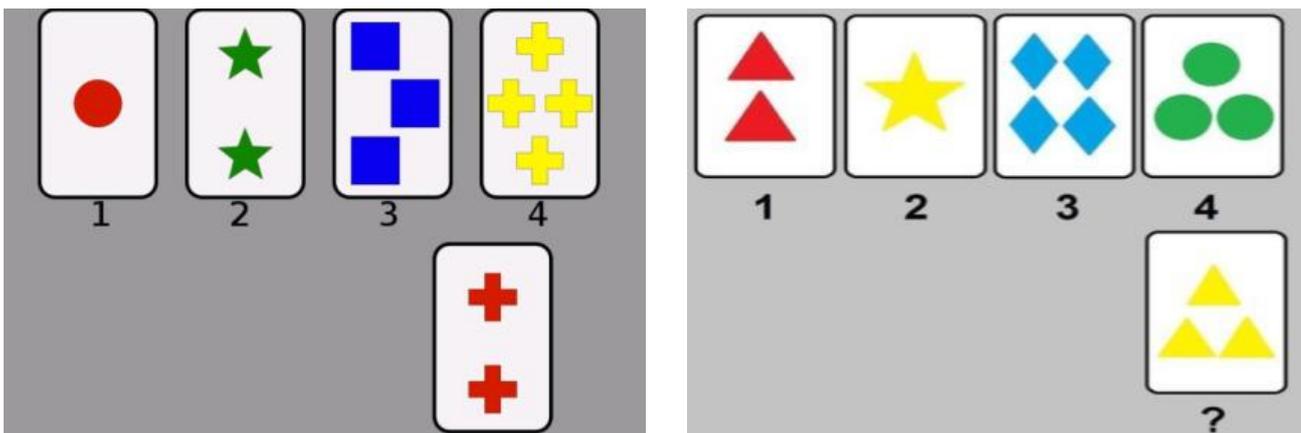
Prueba	Evalúa	Breve explicación
<b>Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (Anexo 5)</b>	Funciones ejecutivas	Existen diferentes versiones de la prueba, pero el objetivo en todas ellas es clasificar una serie de cartas de acuerdo a un mismo criterio (por forma, color o nº de ítems en la carta). Se miden las categorías logradas (10 emparejamientos correctos o más), los errores perseverativos, los fallos en el mantenimiento del criterio y el nº de ensayos.
<b>Test de Stroop (Anexo 6)</b>	Atención, resistencia a la interferencia, control inhibitorio, velocidad de procesamiento	Consta de 3 tareas: 1) Condición palabra: se presentan las palabras ROJO, VERDE, AMARRILLO y AZUL ordenadas al azar impresas en tinta negra. La persona lee en voz alta las palabras. 2) Condición color: en una lámina se presentan conjuntos de cuatro equis (xxxx) en color rojo, verde y azul. La persona tiene que nombrar el color de la tinta. 3) Condición palabra-color: aparecen las palabras de la tarea 1 impresas en los colores de la tarea 2. El color nunca coincide con el nombre escrito. La tarea consiste en nombrar el color de la tinta en la que está impresa la palabra.
<b>Escala de Lawton y Brody (Anexo 7)</b>	Grado de independencia de la persona (autonomía)	Evalúa las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria a través de un cuestionario de 8 ítems cumplimentado por el propio anciano o por un cuidador fidedigno.
<b>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Anexo 8)</b>	Depresión	A través de un autoinforme de 21 ítems tipo Likert (de 0 a 3) se detecta y evalúa la gravedad de la depresión en adultos, de acuerdo a los criterios DSM y CIE.
<b>Cuestionario WHOQOL-BREF (Anexo 9)</b>	Calidad de vida percibida	Contiene un total de 26 preguntas, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El cuestionario es complementado por el paciente y si por diferentes motivos no pudiera hacerlo, se le formulan las preguntas de forma oral.

## ANEXO 5. Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin

Instrucciones específicas de aplicación (versión manual):

“La aplicación es individual y requiere de entre 10 y 15 minutos aproximadamente. Para comenzar, deberá sentarse en una mesa y situarse justo enfrente de la persona que va a evaluar. Antes de aplicar la prueba deberá completar la información sociodemográfica (...). Posteriormente, saque el montón de tarjetas de la caja, separe las tarjetas modelo y las de respuesta y colóquelas boca abajo sobre la mesa justo enfrente de la persona evaluada (TEA ediciones, p.19)”.

El sujeto debe emparejar las tarjetas respuesta con las tarjetas estímulo. El evaluador sólo dirá si la tarjeta se ha categorizado correctamente o incorrectamente. El primer criterio para clasificar es el color, después la forma y por último el número. El criterio cambia sin que el sujeto lo sepa cuando ha conseguido 10 aciertos de forma consecutiva.



En el siguiente enlace se puede ver un ejemplo de aplicación manual de la prueba:

<https://www.youtube.com/watch?v=ITXFWR1Rnmc>

## **ANEXO 6. Test de Stroop**

Se entregan las láminas en el orden que aparecen a continuación, siguiendo las instrucciones que contiene el manual de aplicación de la prueba.

### Condición 1. Palabras

Se mide el tiempo de lectura de las palabras que aparecen en la primera lámina. El tiempo de cada prueba es de 45 segundos. Se mide el número de palabras leídas, las autocorrecciones y el número de correcciones del evaluador.

<b>ROJO VERDE AZUL AMARILLO</b>
<b>AZUL ROJO ROJO VERDE</b>
<b>AMARILLO VERDE ROJO AZUL</b>
<b>ROJO AZUL AMARILLO VERDE</b>
<b>VERDE AMARILLO AZUL ROJO</b>

### Condición 2. Colores

En la segunda lámina la tarea consiste en decir el color de la tinta en que están escritas las X en un tiempo limitado de 45 segundos. Se miden los mismos parámetros que en la condición anterior.

<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>
<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>
<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>
<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>	<b>XXX</b>

### Condición 3. Palabra-Color (Interferencia)

La tarea consiste en decir el color de la tinta en el que están escritas las palabras que aparecen en la lámina. El tiempo es de 45 segundos de nuevo, midiendo nº de aciertos, autocorrecciones y correcciones del evaluador.

<b>ROJO VERDE AZUL AMARILLO</b>
<b>AZUL ROJO ROJO VERDE</b>
<b>AMARILLO VERDE ROJO AZUL</b>
<b>ROJO AZUL AMARILLO VERDE</b>
<b>VERDE AMARILLO AZUL ROJO</b>

## ANEXO 7. Escala de Lawton y Brody

Paciente.....	Edad.....	Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria		
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>		<b>Puntos</b>
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc		1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos		1
3. Contesta el teléfono pero no marca		0
4. No usa el teléfono		0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>		
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia		1
2. Compra con independencia pequeñas cosas		0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra		0
4. Completamente incapaz de ir de compras		0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia		1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes		0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada		0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida		0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>		
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)		1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama		1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable		1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa		1
5. No participa en ninguna tarea doméstica		0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>		
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal		1
2. Lava ropa pequeña		1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado		0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>		
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche		1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público		1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona		1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros		0
5. No viaja		0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>		
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas		1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas		0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación		0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>		
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos		1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc		1
3. Incapaz de manejar el dinero		0

## ANEXO 8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:.....Estado civil:.....Edad:.....Sexo:.....

Ocupación:.....Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

### 1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

### 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto a mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

### 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

### 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

**6. Sentimiento de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

**7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusta a mí mismo

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

## **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

## **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

## **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada

## **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

## **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1a Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

## **17. Irritabilidad**

- 0 Estoy tan irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

## **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2a Mi apetito es mucho menor que lo habitual

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

**19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21. Pérdida de interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo

**Puntuaje Total:**

## ANEXO 9. Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que	1	2	3	4	5

	necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas					

	dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan					

	satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5

2 1	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentad o ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Rarament e	Medianamen te	Frecuentemen te	Siempre

2 6	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5
--------	--	---	---	---	---	---

## ANEXO 10. Recetas de cocina taller “Con las manos en la masa”

### ➤ Receta de Hummus:

El hummus es una crema de puré de garbanzos cuyo origen se encuentra en el Antiguo Egipto. Actualmente es un plato típico de países del Oriente Medio como Turquía, Israel, Líbano o Grecia, aunque la receta griega es algo diferente. Es un plato muy nutritivo y sencillo, que nos aporta hidratos de carbono, proteínas, fibra y grasas naturales. Lo habitual es comer el hummus como entrante, aperitivo o snack junto con pan de pita o panecillos tostados.

Hoy vamos a seguir la receta más básica para esta elaboración, que consta de los siguientes **ingredientes**:

- 500 gramos de garbanzos cocidos
- 2 o 3 cucharadas de aceite de oliva
- un diente de ajo
- zumo de medio limón
- 1 cucharada pequeña de comino en polvo
- una pizca de Pimentón de la Vera

### **Elaboración paso a paso:**

1. Enjuagamos los garbanzos en el grifo y los escurrimos, colocándolos después en el cuenco que utilizaremos para mezclar los ingredientes.
2. Pelamos los ajos y los metemos en el cuenco.
3. Añadimos el comino y el zumo de medio limón.
4. Echamos 2 o 3 cucharadas de aceite de oliva a la mezcla.
5. Trituramos los ingredientes con la batidora hasta que quede una consistencia de puré.
6. Servimos en un plato o cuenco el resultado, espolvoreando una pizca de Pimentón de la Vera o un chorrillo de aceite de oliva.

### ➤ Receta de bizcocho al micro:

Los **ingredientes** para esta receta son:

- 1 taza grande
- 4 cucharadas de harina
- 4 cucharadas de azúcar
- 2 cucharadas de cacao en polvo
- 1 huevo
- 3 cucharadas de leche
- 3 cucharadas de aceite
- ¼ de taza de trocitos de chocolate negro

Elaboración paso a paso:

1. Agregamos a la taza el huevo y lo batimos.
2. Añadimos la harina, el cacao en polvo y el azúcar. Mezclamos los ingredientes con una varilla.
3. Echamos la leche y el aceite. Mezclamos bien.
4. Finalmente añadimos los trocitos de chocolate y volvemos a mezclar.
5. Ponemos la taza en el microondas durante 3 minutos a 1000 vatios.
6. Cuando el tiempo haya pasado, sacamos la taza con cuidado y dejamos reposar hasta que enfríe un poco y ¡listo!

**ANEXO 11. Ficha “Pirámide de la Alimentación Saludable” para el taller nº6 de familias**



## ANEXO 12. Test de Zarit

Nº	Pregunta	Puntuación
1	¿Piensas que tu familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Piensas que debido al tiempo que dedicas a tu familiar no tienes suficiente tiempo para ti?	
3	¿Te sientes agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de tu familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4	¿Sientes vergüenza por la conducta de tu familiar?	
5	¿Te sientes enfadado/a cuando estás cerca de tu familiar?	
6	¿Piensas que el cuidar de tu familiar afecta negativamente la relación que tienes con otros miembros de tu familia?	
7	¿Tienes miedo por el futuro de tu familiar?	
8	¿Piensas que tu familiar depende de ti?	
9	¿Te sientes tenso cuando estás cerca de tu familiar?	
10	¿Piensas que tu salud ha empeorado debido a tener que cuidar de tu familiar?	
11	¿Piensas que no tienes tanta intimidad como te gustaría debido al cuidado de tu familiar?	
12	¿Piensas que tu vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar de tu familiar?	
13	¿Te sientes incómodo por distanciarte de tus amistades debido al cuidado de tu familiar?	
14	¿Piensas que tu familiar te considera a ti como la única persona que le puede cuidar?	
15	¿Piensas que no tienes suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a tu familiar, además de otros gastos?	
16	¿Piensas que no serás capaz de cuidar a tu familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que comenzó la enfermedad de tu familiar?	
18	¿Desearías poder dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?	
19	¿Te sientes indeciso sobre qué hacer con tu familiar?	
20	¿Piensas que deberías hacer más por tu familiar?	
21	¿Piensas que podrías cuidar mejor a tu familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimentas por el hecho de cuidar a tu familiar?	
	<b>TOTAL</b>	

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Rara vez	1
Algunas veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4